

Formulario de inicio para el paciente

Complete todas las páginas para garantizar una inscripción exitosa

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Asegúrese de elegir su método de contacto preferido

Primer nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____ Apellido _____

☐ Mujer ☐ Hombre F. de nac. (DD/MM/AAAA) _____ Últimos 4 dígitos de su n.º de seg. soc. _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono particular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____ Mejor horario para llamar _____

Idioma preferido _____

Correo electrónico _____

Nombre del cuidador (nombre y apellido) _____

Relación con el paciente _____ Teléfono del cuidador (_____) _____

Correo electrónico del cuidador _____ ☐ Se pueden dejar mensajes con el cuidador

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Asegúrese de proporcionar copias (frente y reverso) de las tarjetas de ATENCIÓN MÉDICA y de PRESCRIPCIÓN del paciente

☐ El paciente no tiene seguro médico

☐ Proporcione copias (frente y reverso) de todas las tarjetas de atención médica y de prescripción (cobertura primaria y secundaria, complementaria)

☐ Hoja de información demográfica proporcionada del paciente

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA:

Nombre _____ Apellido _____

Nombre del consultorio/clínica/institución _____

N.º de licencia estatal _____ N.º NPI _____ N.º de id. fiscal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono del consultorio (_____) _____ Fax (_____) _____

Correo electrónico del consultorio _____

Nombre/título del contacto del consultorio _____

Teléfono del contacto del consultorio (_____) _____ Correo electrónico del contacto del consultorio _____

Formulario de inicio para el paciente

Complete todas las páginas para garantizar una inscripción exitosa

Nombre del paciente _____ F. de nac. (DD/MM/AAAA) _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE DOJOLVI® (triheptanoína) oral líquida: Elija el código ICD-10-CM a continuación y el tipo de prescripción

- | | |
|--|---|
| ☐ E71.30 (trastorno del metabolismo de los ácidos grasos no específico) | ☐ E71.31 (trastornos de la oxidación de los ácidos grasos) |
| ☐ E71.310 (deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga/cadena muy larga) | ☐ E71.314 (deficiencia de carnitina palmitoiltransferasa muscular) |
| ☐ E71.318 (otros trastornos de la oxidación de ácidos grasos) | ☐ E71.39 (otros trastornos del metabolismo de los ácidos grasos) |
| ☐ Otro _____ | |

Solo para uso ☐ ORAL o con ☐ SONDA DE ALIMENTACIÓN ENTERAL.

TIPO DE SONDA: _____ ALIMENTACIÓN: POR BOLO _____ o CONTINUA _____

La dosis diaria objetivo recomendada de DOJOLVI es hasta un 35% de la ingesta calórica diaria (DCI, por sus siglas en inglés) recomendada total del paciente convertida a ml. DOJOLVI debe mezclarse muy bien con el alimento o la bebida y se debe tomar por vía oral o administrar a través de una sonda de gastrostomía dividido en al menos 4 dosis y administrado a la hora de las comidas o con bocadillos.

Para pacientes que no estén tomando actualmente un producto de triglicérido de cadena mediana (MCT, por sus siglas en inglés)

Iniciar DOJOLVI a una dosis diaria total de aproximadamente 10% de DCI al menos 4 veces por día y aumentar a la dosis diaria recomendada total de hasta 35% de DCI durante un período de 2 a 3 semanas.

Para pacientes que cambian de una formulación de MCT

☐ El paciente ha usado anteriormente un producto de MCT

Interrumpir el uso de los productos de MCT antes de comenzar con DOJOLVI. Iniciar DOJOLVI en la última dosis tolerada de MCT. Aumentar la dosis diaria total en aproximadamente el 5% de DCI cada 2 o 3 días hasta alcanzar la dosis objetivo de un máximo de 35% de DCI o la dosis máxima tolerada.

La dosis diaria total (ml) de DOJOLVI se determina usando el siguiente cálculo:

- Valor calórico de DOJOLVI = 8.3 kcal/ml
- Redondear la dosis diaria total al número entero más cercano
- Dividir la dosis diaria total en al menos 4 dosis individuales aproximadamente iguales

$$\text{Dosis diaria total (ml)} = \frac{\text{DCI del paciente (kcal)} \times \text{\% de dosis objetivo de DCI}}{8.3 \frac{\text{kcal}}{\text{ml}} \text{ de DOJOLVI}}$$

4

INGESTA CALÓRICA DIARIA (DCI) TOTAL _____

☐ Prescripción de DOJOLVI (Titulación)* *Si no se requiere el ajuste de la dosis, documente en las Instrucciones de prescripción a continuación y complete la tabla de prescripción de Mantenimiento.	Dosis diaria total inicial (ml) Redondeada al número entero más cercano	÷ _____ dosis/día = (al menos 4)	ml iniciales por dosis	Aumentar _____ ml por (elijá uno) ☐ Dosis ☐ Día cada _____ día(s) hasta alcanzar el objetivo de _____ ml por dosis diaria Usar el campo de Instrucciones de prescripción a continuación para describir protocolos de dosis alternativos deseados	☐ Suministro para 30 días ☐ Dispensar una cantidad suficiente para completar la titulación
Instrucciones de prescripción 					

☐ Prescripción de DOJOLVI (Mantenimiento)	Dosis diaria total objetivo (ml) Redondeada al número entero más cercano	÷ _____ dosis/día = (al menos 4)	Días de suministro	Renovación

Cómo se suministra: DOJOLVI (triheptanoína) oral líquida se suministra en botellas de vidrio del siguiente modo: **botella de 500 ml (NDC 69794-050-50)**

☐ Ninguna alergia conocida a medicamentos ☐ Alergias a medicamentos o de otro tipo _____ ☐ Medicamentos concomitantes _____

Consulte la sección de Información de prescripción en www.dojolvi.com para obtener información completa sobre la dosis y la administración.

Firma del médico (No sello) _____ Dispensar como está escrito **Fecha** _____

Firma del médico (No sello) _____ Sustitución permitida **Fecha** _____

El médico debe cumplir con los requisitos específicos del estado para la emisión de recetas, tales como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir entrar en contacto con el médico.

☐ Esta es una casilla de **cancelación**. Ultragenyx se asegura de que los pacientes inscritos en UltraCare reciban información y entiendan su prescripción y el manejo de la enfermedad a través de coordinadores de participación clínica que se comunican directamente con los pacientes. Al marcar esta casilla usted **rechaza** este servicio para su paciente.

Autorizo a Ultragenyx a actuar en mi nombre con los fines limitados de enviar esta prescripción a la farmacia adecuada designada por el paciente utilizando su plan de beneficios. La transmisión de este formulario se realizará por fax o correo; la transmisión verbal no constituye una prescripción válida.

El médico debe cumplir con los requisitos específicos del estado para la emisión de recetas, tales como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc.

Formulario de inicio para el paciente

Complete todas las páginas para garantizar una inscripción exitosa

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMPARTIR Y USAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) [OBLIGATORIO]

Entiendo que Ultragenyx Pharmaceutical Inc., y sus agentes, contratistas y otros socios ("Ultragenyx") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica ("Mi información") antes de que pueda recibir asistencia a través del Programa de servicios al paciente de UltraCare. Para obtener información adicional sobre las formas en las que Ultragenyx puede recopilar y usar información personal, incluyendo los derechos y notificaciones de privacidad estatales de EE. UU. aplicables para los residentes de diferentes estados, visite www.ultragenyx.com/privacy-policy. Independientemente de estas políticas, sus datos también pueden estar sujetos a nuestra Política de cookies, si accede a este formulario en línea.

Información a divulgar: Mi información relacionada con mi inscripción o participación en el Programa podría incluir, entre otras cosas:

- Información general sobre mí, incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento, últimos 4 dígitos de mi número de seguro social e información de contacto.
- Información sobre mi historia clínica, incluyendo información sobre mis antecedentes médicos o tratamientos con este medicamento prescrito o afecciones médicas relacionadas.
- Información sobre mis beneficios médicos o la cobertura de seguro médico.
- Información financiera (según sea necesario), como, por ejemplo, mis ingresos.
- Toda la información proporcionada en este formulario de inscripción y proporcionada de otro modo por mí a UltraCare.

Personas autorizadas a divulgar y usar mi información: Autorizo a las siguientes partes a divulgar Mi información a Ultragenyx:

- Mis proveedores de atención médica, incluyendo cualquier farmacia que dispense mis medicamentos prescritos.
- Cualquier plan de atención médica, incluyendo mi compañía de seguro médico, o programas que me proporcionen beneficios de atención médica.

Autorizo a Ultragenyx y a sus socios a volver a compartir Mi información con las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluyendo la farmacia que dispense mis medicamentos prescritos.
- Mis planes de atención médica, incluyendo mi compañía de seguro médico.
- Mi representante autorizado según las leyes federales o estatales (si corresponde).

Fines para los cuales se podrá usar y divulgar Mi información: Mi información se podrá usar y divulgar para los siguientes fines:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información proporcionada en mi formulario de inscripción, lo que incluye la confirmación de mi identidad y mi uso o posible uso del medicamento prescrito por mi proveedor de atención médica
- Establecer mi elegibilidad para beneficios de mi plan de atención médica u otros programas
- Proporcionar asistencia financiera y apoyo para el reembolso, si califico, y proporcionar otro apoyo pertinente, lo que incluye información sobre recursos independientes que también puedan ayudarme
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica y coordinar mi prescripción y medicamentos a través de una farmacia o consultorio de un proveedor de atención médica
- Comunicarse conmigo para evaluar la eficacia de UltraCare
- Fines comerciales internos de Ultragenyx, cumplimiento de los requisitos legales y fines de auditoría y cumplimiento
- Confirmar que he recibido el medicamento prescrito de Ultragenyx a través de UltraCare.
- Anonimizar la información que proporcione, lo que significa eliminar elementos como mi nombre y dirección para que ya no se pueda usar razonablemente para identificarme
- Identificar usuarios anteriores de UltraCare para asegurar la continuidad del servicio
- Comunicarse conmigo con respecto a eventos educativos, boletines informativos, recursos y posibles oportunidades de compartir mi historia y participar en investigación de mercado, de lo cual puedo darme de baja en cualquier momento sin que eso afecte mi acceso al Programa de servicios al paciente de UltraCare

Otros puntos importantes:

- Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización. Si me rehúso a firmarla, mi elegibilidad para los beneficios del plan de atención médica o mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiarán, pero no tendré acceso al apoyo ofrecido por UltraCare. El programa no puede combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros
- Entiendo que proveedores independientes, como las farmacias de especialidad, podrían recibir remuneración financiera a cambio de datos, servicios de apoyo de productos, servicios de reembolso, etc.
- Una vez que firme esta Autorización del paciente y Mi información sea transmitida a Ultragenyx y sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales podrían ya no proteger, ni prohibir la comunicación adicional de Mi información compartida con Ultragenyx y sus socios por mi proveedor de atención médica u otros
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada y que la autorización para compartir, divulgar o volver a comunicar la información de salud protegida vence en un año a partir de la fecha de la firma, o un año después de la fecha de mi última prescripción, la que sea posterior, a menos que las leyes exijan un período más breve
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a mi representante de UltraCare o directamente a Ultragenyx a través del 1-888-756-8657 o escribiendo a la dirección que se encuentra en el encabezado de este formulario. Si la cancelo, Ultragenyx dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar Mi información después de la fecha de la cancelación, pero dicha cancelación no afectará los usos o divulgaciones de Mi información que ya se hubieran hecho de acuerdo con esta autorización antes de la fecha de cancelación
- En la política de privacidad de Ultragenyx (www.ultragenyx.com/privacy-policy/) se puede encontrar más información sobre mis derechos de privacidad, incluyendo derechos específicos que yo pudiera tener

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es un menor) _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO OPCIONAL PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO:

Doy mi consentimiento a Ultragenyx Pharmaceutical Inc. y a sus agentes, contratistas y cesionarios ("Ultragenyx") a contactarme por mensaje de texto a través del número de teléfono celular proporcionado anteriormente para proporcionarme Servicios al paciente. Con mi firma a continuación, certifico que he leído y acepto los Términos de servicio disponibles aquí: <https://www.ultracaresupport.com/TC.pdf>.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es un menor) _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A UN TERCERO QUE NO SEA PADRE/MADRE/TUTOR O LOS SERVICIOS AL PACIENTE DE ULTRACARE

(EJEMPLO: CUIDADOR, FAMILIAR U OTRO TERCERO)

☐ Autorizo a que el equipo de Apoyo al paciente divulgue información de mi caso como paciente a las siguientes partes:

Nombre _____

Relación con el paciente _____ ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono (_____) _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____ ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono (_____) _____