



## Formulario de inscripción para el paciente (START)

Enviar el formulario completo por fax al 1-800-621-5203

### Información de Pruebas Genéticas

Susceptible a la omisión del exón 51     Susceptible a la omisión del exón 53     Susceptible a la omisión del exón 45

Adjunte una copia de la prueba genética, por favor

### Información del paciente

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Peso del paciente (lb):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Contacto principal:	Relación con el paciente:		
Teléfono principal:	Teléfono secundario:		
Mejor horario para llamar: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	¿Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Idioma, distinto del inglés:	
Dirección de correo electrónico:			

### Información del seguro Marque si adjunta una copia de las tarjetas de seguro del paciente (copia del frente y del dorso)

Primario:	N.º de ID:	N.º de grupo:	Teléfono:
Titular de la póliza:		Relación con el paciente:	
Secundario:	N.º de ID:	N.º de grupo:	Teléfono:
Titular de la póliza:		Relación con el paciente:	

### Información del médico

Nombre:	Apellido:	Afilación:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto del consultorio:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
N.º del identificador nacional de proveedores:		N.º de licencia estatal:	
N.º de ID tributaria:		N.º de ID de DEA:	

### Información del centro de atención Clínica del hospital Cuidados médicos domiciliarios Otro

Nombre del centro:	N.º del identificador nacional de proveedores:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto del centro:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:

### Declaración del médico (se requiere la firma de un médico para que SareptAssist realice la verificación de los beneficios)

Al firmar a continuación, certifico que (1) la terapia es médicamente necesaria y en el mejor interés del paciente identificado anteriormente; (2) al paciente se le indicó la terapia de manera adecuada; y (3) he obtenido y brindo cualquier consentimiento requerido de conformidad con la ley federal y estatal para la divulgación y el uso de la información del paciente en este formulario a Sarepta Therapeutics, Inc. ("Sarepta") y sus agentes, incluidos sus equipos comerciales y del campo, a los fines de verificación de beneficios y coordinación de la administración de la terapia.

Nombre del médico que prescribe, en letra de imprenta

Firma del médico

Fecha

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros

SareptAssist, 215 First Street, Cambridge, MA 02142

Teléfono: 1-888-SAREPTA (1-888-727-3782) | Fax: 1-800-621-5203 | Correo electrónico: SareptAssist@Sarepta.com



## Formulario de inscripción para el paciente (START)

Enviar el formulario completo por fax al 1-800-621-5203

### Autorización del paciente para el programa SareptAssist

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Autorizo a mis proveedores de atención médica (p. ej., médicos, farmacias) y a mi compañía de seguros a divulgar información médica personal (personal health information, PHI) sobre mí, incluida la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico y mi dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono (en conjunto, mi "PHI") a Sarepta Therapeutics, sus agentes, incluidos sus equipos comerciales y del campo y al programa SareptAssist (en conjunto "Sarepta") para que Sarepta pueda usar la información para los siguientes fines: (1) verificar, investigar, coordinar y asistir con mi cobertura para la terapia con mis compañías de seguro médico; (2) evaluar mi elegibilidad para la asistencia de copagos o fármacos sin cargo o derivarme a otros programas o fuentes de financiación y apoyo económico; (3) coordinar la administración de la terapia a mí o a mi proveedor de atención médica; (4) proporcionar educación, información sobre los productos y servicios de Sarepta y los servicios de apoyo continuo para mí relacionados con la terapia; (5) recopilar información sobre mi terapia y/o el estado de mi enfermedad; (6) contactarme por correo, correo electrónico, teléfono o fax para cualquiera de los fines mencionados anteriormente y (7) crear información que no me identifique personalmente para ser usada para otros fines legítimos. Comprendo que es posible que mis proveedores farmacéuticos reciban una remuneración por llevar a cabo tales divulgaciones. Además autorizo a Sarepta y a mis proveedores de atención médica y a mi compañía de seguros a usar mi PHI para comunicarse conmigo sobre productos y servicios de Sarepta, y comprendo que es posible que mis proveedores de atención médica y mi compañía de seguros reciban una remuneración por llevar a cabo tales comunicaciones. Comprendo que una vez que se divulgue mi PHI de conformidad con esta autorización, es posible que mi PHI ya no esté protegida de conformidad con la ley federal o estatal y pueda ser divulgada por Sarepta a otros, pero también comprendo que Sarepta hará todos los esfuerzos razonables para conservar mi PHI de manera privada y para divulgarla solo para los fines establecidos en la presente autorización.

Comprendo que no necesito firmar esta autorización para obtener tratamiento de asistencia médica o beneficios; sin embargo, para recibir los servicios y las comunicaciones descritas anteriormente, debo firmar esta autorización. Comprendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento al contactarme con SareptAssist por fax al 1-800-621-5203 o por correo postal a 215 First Street, Cambridge, MA 02142. Mi cancelación de esta autorización entrará en vigencia para Sarepta una vez que la reciba y entrará en vigencia para cada uno de mis proveedores de atención médica y compañías de seguros cuando se les notifique, pero la cancelación no afectará el uso ni la divulgación previa de mi PHI.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización vence 5 años después de que la firme tal como se muestra a continuación o anticipadamente si así lo requiere el estado en el que resido, a menos que yo la cancele antes de esa fecha.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal, en letra de imprenta

Fecha

Si es firmado por el representante personal, establezca la relación con el paciente \_\_\_\_\_