

Proveedores de atención médica:

- Envíe el formulario de inscripción completado, la copia de todas las tarjetas de seguro (anverso y reverso) y la copia de las notas de la historia clínica del paciente a Acadia Connect®.
- Pida al padre/madre/tutor legal que lea la página 3 y firme donde se indique.
- Envíe por fax el formulario completado a Acadia Connect al 1-888-385-2748.
- Si su consultorio no ha recibido un fax de confirmación de que su formulario de inscripción se ha recibido en el plazo de un (1) día laborable después del envío, vuelva a enviarlo o llame a Acadia Connect al 1-844-737-2223, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Apellido: _____
 Relación con el paciente: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro _____
 N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono móvil: _____
 N.º de teléfono del trabajo: _____ N.º de teléfono preferido: Particular Trabajo Móvil
 Mejor hora para llamar: Por la mañana Por la tarde Por la noche ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No
 Dirección de correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO Sin seguro

Nombre del seguro médico principal: _____
 N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ N.º de teléfono: _____
 Nombre completo del titular de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Relación con el paciente: _____
 Nombre del seguro de fármacos con receta: _____ N.º de teléfono de la receta: _____
 N.º de grupo de la receta: _____ N.º de PCN de la receta: _____ N.º de BIN de la receta: _____
Nombre del seguro médico secundario: _____
 N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ N.º de teléfono: _____
 Nombre completo del titular de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Relación con el paciente: _____
 Nombre del seguro de fármacos con receta: _____ N.º de teléfono de la receta: _____
 N.º de grupo de la receta: _____ N.º de PCN de la receta: _____ N.º de BIN de la receta: _____

3 PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender).

ROL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	OFICINA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DE OFICINA
Pediatra			
Atención primaria o médico de cabecera			
Neurólogo			
Gastroenterólogo			
Genetistas/médico genético			
Otros proveedores de atención médica			

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

4 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: _____ Apellido: _____

Especialidad del médico que emite la receta: _____ Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de NPI: _____ N.º de ID del proveedor médico: _____ N.º de DEA: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Contacto del consultorio: _____ N.º de teléfono de contacto: _____ Correo electrónico del consultorio: _____

5 INFORMACIÓN CLÍNICA

 Código ICD-10 aplicable: _____ ¿Se le han realizado pruebas genéticas al paciente? Sí No Fecha de la prueba: _____
 (proteína de unión 2 a metil-CpG [MECP2])

Compañía de pruebas genéticas: _____

Resultados de la prueba genética: _____

6 RECETA DE FARMACIA

Fármaco: DAYBUE™ (trofinetida) 200 mg/ml, solución oral Instrucciones de receta: Tomar _____ ml dos veces al día

Suministro diario: _____ Reposiciones: _____

 Peso del paciente (kg): _____ Administración: Oral Sonda de gastronomía Tipo: Dispensador NeoMed® oral ENFit®
 Jeringa Luer Lock

Instrucciones de receta adicionales: _____

 Alergias del paciente: SAMC Indique: _____

Medicamentos concomitantes: _____

En sus envíos mensuales, todos los pacientes recibirán los materiales auxiliares necesarios para el método de tratamiento seleccionado por el médico que emite la receta.
7 AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Doy fe de que he obtenido el permiso por escrito, en el caso de que lo exija la legislación federal y/o estatal vigente, de mi paciente (o del representante legal del paciente) para la liberación de la Información médica protegida ("Protected Health Information, PHI") de mi paciente a Acadia Pharmaceuticals Inc. o a sus representantes o agentes (colectivamente "Acadia") según pueda ser necesario para la participación del paciente en un programa diseñado para ayudar a los pacientes a determinar su cobertura de seguro para DAYBUE que he elegido recetar. Ordeno a Acadia que transmita, en mi nombre, cualquier PHI relacionada con la receta y otra información de receta entregada a Acadia para DAYBUE a la farmacia dispensadora elegida por o para el paciente, a la compañía de seguros médicos del paciente y a otros terceros según sea necesario para dispensar la receta del paciente para DAYBUE, con la verificación de la cobertura del seguro del paciente para DAYBUE, proporcionando información relativa de la cobertura y beneficios del pagador y cómo preparar solicitudes de autorización previa, apelaciones de determinación de cobertura u otras cuestiones de cobertura, y/o ayudando con la asistencia y apoyo al paciente o DAYBUE a costo reducido. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de receta específicos del estado tal como la receta electrónica, el formulario de recetas específico del estado, el texto del fax, etc. Acepto que Acadia pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con DAYBUE, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Nombro a Acadia como mi agente con el fin de transmitir esta receta a la farmacia dispensadora adecuada. Certifico que DAYBUE es medicamento necesario y es lo mejor para el paciente nombrado.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y acepto la declaración de autorización del médico que emite la receta anterior.
Firme aquí Firma (dispensar tal y como está escrito): _____ Fecha: _____


Sin firma de sello

Firme aquí Firma (sustitución permitida): _____ Fecha: _____

Sin firma de sello

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

8 PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender).

ROLES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	OFICINA DEL PROVEEDOR	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DE OFICINA
Pediatra			
Medicina familiar/interna			
Neurólogo			
Gastroenterólogo			
Otros proveedores de atención médica			

9 AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (lea y firme a continuación si está de acuerdo).

Por la presente autorizo y pido a mis proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos que emiten recetas, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y compañías de seguros médicos, y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados, personal y agentes (colectivamente "Proveedores") a usar mi Información médica protegida ("PHI") y/o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y a sus representantes y agentes (colectivamente "Acadia") para ayudarme a obtener DAYBUE y los servicios de apoyo de Acadia Connect. Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en este formulario y en cualquier receta. Acepto inscribirme en el Programa de tarjetas de copago de Acadia si soy elegible, y si se confirma que soy elegible, entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia especializada, junto con mi receta. Entiendo que cualquier ayuda con mi copago o la distribución de costos por DAYBUE se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del programa. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con este formulario.

Además, autorizo a Acadia a utilizar mi PHI y divulgarla a terceros, incluyendo, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros, y programas de asistencia al paciente únicamente en relación con mi obtención de los servicios de asistencia de productos DAYBUE y/o Acadia Connect, incluyendo la investigación de los beneficios del seguro, elegibilidad, y cobertura; proporcionar asistencia financiera para pagos de copago o de bolsillo; elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; coordinación de la atención; coordinación de la administración de medicamentos.

Autorizo a Acadia y a los Proveedores a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario, para todos los fines mencionados anteriormente. Confirmando que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono móvil proporcionado(s) y acepto notificar a Acadia Connect inmediatamente si mis números cambian en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro respondiendo STOP (DETENER) a cualquier mensaje de texto. También entiendo que en el futuro se me proporcionarán términos y condiciones adicionales de los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de inclusión.

También autorizo a Acadia a divulgar a mis proveedores de DAYBUE cualquier PHI sobre mí que Acadia pueda crear o recibir. Entiendo que una vez que mi PHI sea divulgada a Acadia o por Acadia en virtud de este formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi rechazo no afectará al tratamiento que reciba de mis proveedores, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También entiendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento al enviar por correo una carta para solicitar dicha cancelación a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ya usada o divulgada conforme a este formulario antes de que mis proveedores reciban la notificación de la cancelación. Entiendo que esta autorización es válida durante un período de 10 años o durante un período más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que recibiré una copia firmada de esta autorización por parte del proveedor al que se le entregue.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia en www.acadia.com/privacy. Si usted es residente de California, puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Acadia y sus derechos según la Ley de Privacidad del Consumidor de California en esta dirección. Dirección para darse de baja de las comunicaciones o para cancelar este formulario: Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Además, autorizo a Acadia Pharmaceuticals Inc. a analizar la coordinación de la atención del paciente con los siguientes miembros de la familia y/o cuidador(es): Estas personas tienen mi pleno permiso, en nombre del paciente, para obtener y divulgar información personal y médica sobre el paciente, Acadia y sus agentes y contratistas.

Nombre del/de los representante(s) autorizado(s) (en letra de imprenta):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firme aquí Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario de inscripción completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com