

Descripción general del Formulario de receta e inscripción de DAYBUE® (trofinetida)

Una guía útil para completar y enviar recetas de DAYBUE



El **Formulario de receta e inscripción** se utiliza para recetar DAYBUE a los pacientes **Y** hacer que los padres/tutores legales otorguen su consentimiento para inscribir a su ser querido en el conjunto completo de servicios del programa de apoyo al paciente y familiares de Acadia Connect®.

Revise todas las secciones del **Formulario de receta e inscripción**.

El médico que emite la receta (o el personal del consultorio) y el padre/madre/tutor legal del paciente deben completar y firmar cuando se indique.

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

Recibirá un comprobante de inscripción y un coordinador de atención de enfermería se pondrá en contacto con usted en el plazo de 24 horas.

Completar página 1

Información del paciente y del padre/madre/tutor legal

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN																																																			
acadia connect																																																			
Proveedores de atención médica: <ul style="list-style-type: none"> 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 las páginas 3 o 5 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="4">INFORMACIÓN DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>Nombre: <u>Jane</u></td> <td>Inicial del segundo nombre: _____</td> <td>Apellido: <u>Smith</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirección: <u>123 Fulton Street</u></td> <td>Ciudad: <u>Cleveland</u></td> <td>Estado: <u>OH</u></td> <td>Código postal: <u>12345</u></td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1950</u></td> <td>Sexo: <u>F</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL</td> </tr> <tr> <td>Nombre: <u>John</u></td> <td>Apellido: <u>Smith</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Relación con el paciente: <u>Padre</u></td> <td>Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de teléfono particular: <u>(123) 456-7891</u></td> <td>N.º de teléfono móvil: <u>(123) 456-7891</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de teléfono del trabajo: <u>(123) 456-7891</u></td> <td>N.º de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Móvil</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input checked="" type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche</td> <td>¿Podemos dejar un mensaje? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dirección de correo electrónico: <u>john.smith@email.com</u></td> </tr> </table>				INFORMACIÓN DEL PACIENTE				Nombre: <u>Jane</u>	Inicial del segundo nombre: _____	Apellido: <u>Smith</u>		Dirección: <u>123 Fulton Street</u>	Ciudad: <u>Cleveland</u>	Estado: <u>OH</u>	Código postal: <u>12345</u>	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1950</u>	Sexo: <u>F</u>			INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL				Nombre: <u>John</u>	Apellido: <u>Smith</u>			Relación con el paciente: <u>Padre</u>	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			N.º de teléfono particular: <u>(123) 456-7891</u>	N.º de teléfono móvil: <u>(123) 456-7891</u>			N.º de teléfono del trabajo: <u>(123) 456-7891</u>	N.º de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Móvil			Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input checked="" type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche	¿Podemos dejar un mensaje? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dirección de correo electrónico: <u>john.smith@email.com</u>							
INFORMACIÓN DEL PACIENTE																																																			
Nombre: <u>Jane</u>	Inicial del segundo nombre: _____	Apellido: <u>Smith</u>																																																	
Dirección: <u>123 Fulton Street</u>	Ciudad: <u>Cleveland</u>	Estado: <u>OH</u>	Código postal: <u>12345</u>																																																
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1950</u>	Sexo: <u>F</u>																																																		
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL																																																			
Nombre: <u>John</u>	Apellido: <u>Smith</u>																																																		
Relación con el paciente: <u>Padre</u>	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____																																																		
N.º de teléfono particular: <u>(123) 456-7891</u>	N.º de teléfono móvil: <u>(123) 456-7891</u>																																																		
N.º de teléfono del trabajo: <u>(123) 456-7891</u>	N.º de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Móvil																																																		
Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input checked="" type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche	¿Podemos dejar un mensaje? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																		
Dirección de correo electrónico: <u>john.smith@email.com</u>																																																			
2 INFORMACIÓN DEL SEGURO <input type="checkbox"/> Sin seguro <table border="1"> <tr> <td>Nombre del seguro médico principal: <u>Aetna</u></td> <td>N.º de póliza: <u>W123456789</u></td> <td>N.º de grupo: <u>123456-789-10112</u></td> <td>N.º de teléfono: <u>1-800-123-4567</u></td> </tr> <tr> <td>Nombre completo del titular de la póliza: <u>John Smith</u></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1980</u></td> <td>Relación con el paciente: <u>Padre</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nombre del seguro de fármacos con receta: <u>Aetna</u></td> <td>N.º de teléfono del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u></td> <td>N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de BIN del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Nombre del seguro médico secundario: _____</td> <td>N.º de póliza: _____</td> <td>N.º de grupo: _____</td> <td>N.º de teléfono: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre completo del titular de la póliza: _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____</td> <td>Relación con el paciente: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nombre del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td>N.º de teléfono del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td>N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>N.º de BIN del seguro de fármacos con receta: _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				Nombre del seguro médico principal: <u>Aetna</u>	N.º de póliza: <u>W123456789</u>	N.º de grupo: <u>123456-789-10112</u>	N.º de teléfono: <u>1-800-123-4567</u>	Nombre completo del titular de la póliza: <u>John Smith</u>				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1980</u>	Relación con el paciente: <u>Padre</u>			Nombre del seguro de fármacos con receta: <u>Aetna</u>	N.º de teléfono del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>			N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>	N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>			N.º de BIN del seguro de fármacos con 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 del seguro de fármacos con receta: _____			N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: _____	N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: _____			N.º de BIN del seguro de fármacos con receta: _____			
Nombre del seguro médico principal: <u>Aetna</u>	N.º de póliza: <u>W123456789</u>	N.º de grupo: <u>123456-789-10112</u>	N.º de teléfono: <u>1-800-123-4567</u>																																																
Nombre completo del titular de la póliza: <u>John Smith</u>																																																			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <u>01/01/1980</u>	Relación con el paciente: <u>Padre</u>																																																		
Nombre del seguro de fármacos con receta: <u>Aetna</u>	N.º de teléfono del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>																																																		
N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>	N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: <u>123456</u>																																																		
N.º de BIN del seguro de fármacos con 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 del seguro de fármacos con receta: _____																																																		
N.º de grupo del seguro de fármacos con receta: _____	N.º de PCN del seguro de fármacos con receta: _____																																																		
N.º de BIN del seguro de fármacos con receta: _____																																																			
3 PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender). <table border="1"> <thead> <tr> <th>ROL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN</th> <th>OFICINA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA</th> <th>NOMBRE</th> <th>TELÉFONO/FAX DE LA OFICINA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pediatra</td> <td><u>Cleveland Pediatrics</u></td> <td><u>Jack Adams</u></td> <td><u>1-888-123-4567</u></td> </tr> <tr> <td>Atención primaria o médico de cabecera</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neurólogo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gastroenterólogo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Genetistas/médico genético</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros proveedores de atención médica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ROL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	OFICINA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DE LA OFICINA	Pediatra	<u>Cleveland Pediatrics</u>	<u>Jack Adams</u>	<u>1-888-123-4567</u>	Atención primaria o médico de cabecera				Neurólogo				Gastroenterólogo				Genetistas/médico genético				Otros proveedores de atención médica																							
ROL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	OFICINA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DE LA OFICINA																																																
Pediatra	<u>Cleveland Pediatrics</u>	<u>Jack Adams</u>	<u>1-888-123-4567</u>																																																
Atención primaria o médico de cabecera																																																			
Neurólogo																																																			
Gastroenterólogo																																																			
Genetistas/médico genético																																																			
Otros proveedores de atención médica																																																			

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0468 05/25.

A

Instrucciones para enviar el formulario a Acadia Connect.

B

Complete esta sección con información de contacto general sobre el paciente y su padre/madre/tutor legal.

C

Si el paciente está cubierto por un seguro médico y farmacéutico, y/o tiene un seguro médico secundario, incluya información para todos los planes que correspondan. Tener esta información por adelantado puede ayudar a completar la investigación de beneficios de manera oportuna.

D

El médico que emite la receta/personal del consultorio deben indicar los nombres y la información de contacto de cualquier otro proveedor de atención médica que pueda formar parte del equipo de atención del paciente. Algunos ejemplos son pediatra, médico de atención primaria o médico de cabecera, neurólogo, gastroenterólogo, genetistas/médico especialista en genética u otros proveedores de atención médica.

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

Completar página 2

Información del médico que emite la receta, clínica y de prescripción

Daybue® (trofinetide)

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 01/01/2013

4 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: Steve Michaels
Especialidad del médico que emite la receta: proveedor de atención médica Nombre del consultorio: Hospital de Ohio Commons
Dirección: 111 Cardinal Drive Ciudad: Cleveland Estado: OH Código postal: 12345
N.º de NPI: 12345678987654 N.º de ID del proveedor médico: 1234321565 N.º de DEA: HM1234567
N.º de teléfono: (123) 456-7891 N.º de fax: (123) 456-7891
Contacto del consultorio: John Doe N.º de teléfono de contacto: (123) 456-7891 Correo electrónico del consultorio: john.doe@email.com

5 INFORMACIÓN CLÍNICA

Código ICD-10 aplicable: F84.2 ¿Se han realizado pruebas genéticas al paciente? Sí No Fecha de la prueba: 01/23/2025
(Proteína de unión 2 a metil-CpG [MECP2])
Compañía de pruebas genéticas: _____
Resultados de la prueba genética: _____
¿El paciente tiene disfunción renal? Marque Sí No Nivel de tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) actual: 60 ml/min/1.73 m²

6 RECETA DE FARMACIA

Fármaco: DAYBUE® (trofinetide) 200 mg/ml, solución oral Instrucciones de receta: Tomar 40 ml dos veces al día Suministro diurno: 30 Reposiciones: 5
Peso del paciente (kg): 25 Administración: Oral Sonda de gastrostomía Tipo: Dispensador NeoMed® oral ENFit® Jeringa Luer Lock
Instrucciones de receta adicionales: _____
Alergias del paciente: SAMC Indique: solución oral de valproato
Medicamentos actuales: _____
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 ha 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 a la cobertura y beneficios del pagador y a la forma de 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 ponerte en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con DAYBUE, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Nombre a Acadia como mi agente con el fin de transmitir esta receta a la farmacia dispensadora adecuada. Certifico que DAYBUE es médicalemente 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.

H

Firma aquí: _____ Firma (dispensar tal y como está escrito): Steve Michaels Fecha: 05/01/2025
o _____ Sin firma de sello _____
Firma aquí: _____ Firma (sustitución permitida): Dr. Steve Michaels Fecha: _____
Nombre en letra de imprenta: _____

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0468 05/25.

2 de 5

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

Incluya el nombre del paciente y la fecha de nacimiento (FdN) en la parte superior de cada página.

Anote si el paciente se ha sometido a pruebas genéticas o tiene insuficiencia renal. Asegúrese de incluir toda la información relacionada de las pruebas genéticas cuando esté indicado y el nivel de TFGe. Si selecciona "No" en cualquiera de los dos casos, no tiene que indicar esta información.

Proporcione las instrucciones de receta, incluida la administración de dosis de DAYBUE basada en el peso, la forma de administración y la jeringa recomendada/recetada, si corresponde.

Los médicos que emiten la receta deben firmar esta sección para que el formulario de receta sea válido. No se permiten firmas con sellos, ya que pueden provocar retrasos en el proceso de inscripción.

Opcional: para firmar electrónicamente el formulario, los médicos que emiten las recetas deben utilizar la función "Completar y firmar" de Adobe Acrobat (versión para el lector o superior). Haga clic en "Añadir firma", luego en "Dibujar" y, después, utilice el ratón o la yema del dedo para firmar.

acadia
connect

Daybue®
(trofinetide)

Completar página 3

Autorización HIPAA del paciente/padre/madre/tutor legal

 

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 01/01/2013

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 LA OFICINA
Pediatra	Cleveland Pediatrics	Jack Adams	1-888-123-4567
Medicina familiar/interna			
Neurólogo			
Gastroenterólogo			
Otros proveedores de atención médica			

9 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
(Lea y firme a continuación si está de acuerdo.)

Por la presente, autorizo y ordeno a los proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos que emiten la receta, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y a las compañías de seguros médicos de mi hijo o menor ("hijo" en conjunto) y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados, personal, y agentes (en conjunto, los "proveedores") para usar la Información médica protegida (PHI) de mi hijo o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y sus representantes y agentes (en conjunto, "Acadia") para ayudar a mi hijo a obtener los servicios de asistencia de DAYBUE y Acadia Connect (nos referimos a Acadia Connect y al Programa de tarjetas de copago de Acadia colectivamente como "Servicios de asistencia de Acadia Connect" o el "Programa"). Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con la afección médica de mi hijo, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en esta autorización y en cualquier receta. 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 esta autorización.

Además, autorizo a Acadia a utilizar la información médica que recopile sobre mi hijo y a divulgarla a terceros, lo que incluye, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros y programas de asistencia al paciente en relación con la obtención de DAYBUE por parte de mi hijo o su participación en el Programa. Esto incluye la comunicación conmigo y con mi hijo acerca del Programa; la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la evaluación de la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la administración de medicamentos. También autorizo a Acadia a divulgar cualquier información sobre mí y mi hijo que Acadia pueda crear o recibir de los proveedores de mi hijo para fines del Programa.

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0468 05/25.

3 de 5

Incluya el nombre del paciente y la FdN en la parte superior de cada página.

I

El padre/madre/tutor legal debe indicar los nombres y la información de contacto de cualquier otro proveedor de atención médica que pueda formar parte del equipo de atención del paciente. Algunos ejemplos son pediatra, médico de familia o de medicina interna, neurólogo, gastroenterólogo u otros proveedores de atención médica.

J

El padre/madre/tutor legal debe leer esta sección en las páginas 3 y 4 para proporcionar autorización para la divulgación de información médica para el paciente.

K

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

HIPAA = Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.

acadia
connect

 Daybue®
(trofinetide)

Completar página 4

Autorización HIPAA del paciente/padre/madre/tutor legal (cont.)

 

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 01/01/2013

9 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)
(Lea y firme a continuación si está de acuerdo.)

Entiendo que una vez que la PHI de mi hijo u otra información sobre él se divulgue a Acadia o que Acadia divulgue en virtud de esta autorización, 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 esta autorización y que mi rechazo no afectará al tratamiento que mi hijo reciba de sus proveedores, ni afectará la inscripción o elegibilidad de mi hijo para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tenga derecho. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización en nombre de mi hijo, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que las divulgaciones de la PHI de mi hijo y otra información sobre él por parte de sus proveedores y Acadia a los fines del Programa son necesarias para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. También comprendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ni a otra información ya utilizada o divulgada en función de esta autorización antes de recibir 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. Comprendo que mi hijo y yo tenemos derecho a recibir una copia firmada de esta autorización por Acadia y que esta se nos proporcionará. Puedo solicitar copias adicionales comunicándome con Acadia al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Firme aquí Paciente/padre/madre/tutor legal: John Smith Fecha: 05/01/2025

Nombre: John Smith Relación con el paciente: Padre

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0468 05/25.

L

Incluya el nombre del paciente y la FdN en la parte superior de cada página.

M

Los padres/tutores legales deben firmar esta sección después de leerla.

Opcional: El padre/la madre/el tutor legal también pueden firmar electrónicamente el formulario utilizando la función “Completar y firmar” de Adobe Acrobat (versión para el lector o superior). Pueden hacer clic en “Añadir firma”, luego en “Dibujar” y, después, utilizar el ratón o la yema del dedo para firmar.

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

HIPAA = Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.

acadia
connect



Completar página 5

Autorización HIPAA del paciente/padre/madre/tutor legal (cont.)

Daybue® (trofinetide)

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

acadia connect

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 01/01/2013

9 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)
(Lea y firme a continuación si está de acuerdo.)

FIRMA Y CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA PARA PROCESAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA FINES DEL PROGRAMA
(Requerido para participar en el Programa)

Accepto, en nombre de mi hijo, que mi hijo se inscriba en Acadia Connect y, si es elegible, acepto que mi hijo se inscriba en el Programa. 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 que figuran en <https://www.acadiacconnect.com/daybue/es/caregivers/about>.

También acepto que Acadia pueda recopilar y procesar información médica sobre mi hijo incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, la información sobre la participación de mi hijo en el Programa y otra información médica sobre mi hijo, como el diagnóstico, los síntomas, la medicación y las deducciones derivadas de estos, para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. Esto incluye la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la administración de medicamentos. También acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo a través de la información de contacto que proporcioné en este formulario, lo que incluye llamararme o enviarme un correo electrónico, para fines relacionados con la participación de mi hijo en el Programa.

Comprendo que estoy obligado a otorgar mi consentimiento para este procesamiento de la información médica de mi hijo. Sin embargo, si no otorgo mi consentimiento, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que el procesamiento de la información médica de mi hijo es necesario para que Acadia facilite nuestra participación en el Programa.

Si otorgo mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en nombre de mi hijo en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o por correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr, Ste 3, Memphis, TN 38134. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia, visite <https://acadia.com/es-es/politicas-legales/privacy>. Para obtener más información sobre la privacidad de los residentes de California, visite <https://acadia.com/es-es/politicas-legales/privacy#16>.

Doy mi consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO (opcional)

Acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo por mensaje de texto al número de teléfono mencionado anteriormente con respecto al Programa y otros productos y servicios de Acadia. Confirmo que soy el suscriptor de los números de teléfono celular que proporcioné en este formulario y acepto notificar a Acadia de inmediato llamando al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr, Ste 3, Memphis, TN 38134 si alguno de mis números cambia en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Puedo dejar de recibir futuras comunicaciones al responder "STOP" (DETENER) a cualquier mensaje de texto.

ENTIENDO QUE ESTAS COMUNICACIONES PUEDEN USAR MENSAJES DE VOZ PREGRABADOS/ARTIFICIALES O UN SISTEMA AUTOMATIZADO Y QUE NO NECESITO ACEPTAR RECIBIR LLAMADAS O MENSAJES DE TEXTO COMO CONDICIÓN PARA COMPRAR O RECIBIR BIENES O SERVICIOS DE ACADIA.

Doy mi consentimiento
 No doy mi consentimiento

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI ATENCIÓN (Opcional)

Además, autorizo a Acadia a discutir la coordinación de la atención de mi hijo con los miembros de la familia o cuidadores que menciono a continuación. Estas personas tienen mi autorización total para obtener y divulgar información médica y personal de Acadia sobre mi hijo.

Nombre del/de los representante(s) autorizado(s) [en letra de imprenta]: John Smith Relación con el paciente: Padre
Nombre: John Smith Relación con el paciente:
Nombre: Relación con el paciente:

Firme aquí ➤ Paciente/padre/madre/tutor legal: John Smith Fecha: 05/01/2025

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

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0468 05/25.

Incluya el nombre del paciente y la FdN en la parte superior de cada página.

N

El padre/madre/tutor legal debe leer esta sección y seleccionar "Otorgo mi consentimiento" para inscribir al paciente en Acadia Connect.

O

El padre/madre/tutor legal debe leer esta sección y seleccionar su opción preferida para recibir mensajes de texto de Acadia Connect.

P

Los padres/tutores legales deben firmar esta sección después de leerla.

Q

Opcional: El padre/la madre/el tutor legal también pueden firmar electrónicamente el formulario utilizando la función "Completar y firmar" de Adobe Acrobat (versión para el lector o superior). Pueden hacer clic en "Añadir firma", luego en "Dibujar" y, después, utilizar el ratón o la yema del dedo para firmar.

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

Los padres/tutores legales pueden otorgar su consentimiento utilizando el **Formulario de consentimiento del paciente de DAYBUE** o el **Formulario de receta e inscripción de DAYBUE**, que su consultorio enviará a Acadia Connect.

Visite AcadiaConnect.com para descargar una copia del formulario de receta e inscripción de DAYBUE

HIPAA = Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.

©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0516 06/25.

acadia
connect

Daybue®
(trofinetide)