

## Formulario de derivación universal

Complete y firme este formulario, luego envíalo por fax a SYNAGIS CONNECT al **1-800-201-4938** o por correo electrónico a **synagisconnect@rxallcare.com**. También puede enviarlo por fax a la farmacia de especialidades apropiada. Si tiene alguna pregunta, llame a SYNAGIS CONNECT al 1-866-285-8419.

Nombre de la farmacia especializada preferida: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Comprar y facturar (Investigación de beneficios)

**Envíe por fax una copia de las tarjetas de seguro y de receta (anverso y reverso) con este formulario.**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz o \_\_\_\_\_ gramos  
 Peso actual: \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz o \_\_\_\_\_ kg al día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR

Nombre del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Idioma primario: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º telefónico residencial: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido:  Teléfono  
 Mensaje de texto  Correo electrónico

### INFORMACIÓN DEL SEGURO (Proporcione copias de todas las tarjetas de seguro y de receta [anverso y reverso])

Nombre completo del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Seguro médico principal: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del patrón o empresa: \_\_\_\_\_  
 N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 Seguro médico secundario: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_  
 N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 Beneficio de farmacia: \_\_\_\_\_ Número de identificación del beneficio (BIN) para la receta: \_\_\_\_\_  
 Red de Atención Primaria (PCN) para la receta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

### CRITERIOS MÉDICOS (Adjunte la documentación requerida)

**Prematurez:** Edad gestacional \_\_\_\_\_ (semanas/días) Clasificación internacional de enfermedades (ICD) 10: \_\_\_\_\_

#### Displasia broncopulmonar (DBP)/enfermedad pulmonar crónica (EPC)

<12 meses  
 De 12 a <24 meses  
 Oxígeno suplementario (fechas): \_\_\_\_\_  Uso crónico de corticosteroides (medicamentos/fechas): \_\_\_\_\_  
 Terapia con diuréticos (medicamentos/fechas): \_\_\_\_\_  Broncodilatadores (medicamentos/fechas): \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

#### Enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa

<12 meses  
 De 12 a <24 meses  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

#### Otras afecciones

Descripción: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ICD10: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
N.º de licencia: \_\_\_\_\_ N.º de Identificador nacional de proveedores (NPI): \_\_\_\_\_ Id. de proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Nombre del centro de salud/Consultorio/Clinica/Institución: \_\_\_\_\_  
Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del consultorio: \_\_\_\_\_  
Punto de contacto del consultorio del HCP: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

Dosis administrada en la unidad de cuidado intensivo neonatal (NICU)/en el hospital:  Sí  No Fecha(s): \_\_\_\_\_  
Necesita para antes de la fecha: \_\_\_\_\_ Fecha prevista de la primera/siguiente inyección: \_\_\_\_\_  
Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

**RECETA** de los viales de SYNAGIS de 50 mg o 100 mg. Indique la cantidad necesaria del (de los) vial(es) para lograr una dosis de 15 mg/kg.

**SYNAGIS 50 mg:** Inyectar 15 mg/kg por vía intramuscular una vez al mes (cada 28 a 30 días) **Cantidad** \_\_\_\_\_

**SYNAGIS 100 mg:** Inyectar 15 mg/kg por vía intramuscular una vez al mes (cada 28 a 30 días) **Cantidad** \_\_\_\_\_

**REPOSICIÓN:** (Introduzca "0" si no quedan reposiciones) \_\_\_\_\_  
(OBLIGATORIO)

**REPOSICIÓN:** (Introduzca "0" si no quedan reposiciones) \_\_\_\_\_  
(OBLIGATORIO)

#### DISPENSAR SEGÚN LO ESCRITO

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### DISPENSAR SEGÚN LO ESCRITO

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### SUSTITUCIÓN PERMITIDA

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### SUSTITUCIÓN PERMITIDA

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Epinefrina 1:1000 amp:** Inyecte 0.01 mg/kg por vía subcutánea según las indicaciones **Cantidad:** 1 ampolla. Sin reposición.

#### DISPENSAR SEGÚN LO ESCRITO

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### SUSTITUCIÓN PERMITIDA

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Suministros y kits auxiliares provistos según sea necesario para la administración

### INFORMACIÓN DE ENTREGA

Entregar a:  Oficina/Clinica  Hogar del paciente  Otros \_\_\_\_\_

¿Se prefieren los servicios de salud en el hogar para la administración de las inyecciones?  Sí  Está recibiendo actualmente  No

Nombre de la agencia médica domiciliaria: \_\_\_\_\_

Contacto de la agencia médica domiciliaria: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono de la Agencia médica domiciliaria: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE RECETA

Reconozco que he obtenido la autorización del padre, de la madre o del tutor para divulgar la información contenida en este formulario y cualquier otra información que pueda ser requerida por Sobi, Inc. y sus empleados, agentes o contratistas en relación con SYNAGIS CONNECT para ayudar al padre, a la madre o al tutor a obtener cobertura para SYNAGIS y/o para ayudar al padre, a la madre o al tutor a iniciar la terapia con SYNAGIS del paciente, o a continuarla. Certifico que la información del paciente y del médico contenida en este formulario de inscripción está completa, y es exacta a mi leal saber y entender. He recetado SYNAGIS según mi criterio de necesidad médica y supervisaré el tratamiento del paciente. Autorizo el envío de esta receta a la farmacia de especialidades que hará el despacho en mi nombre y en el del padre, de la madre o del tutor. Entiendo que ni yo ni el padre, la madre o el tutor podemos solicitar el reembolso de ningún producto gratuito recibido de acuerdo con cualquier programa. Al firmar a continuación, el médico certifica que esta es su firma legal. Sin sellos.

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AVISO IMPORTANTE:** Este fax está destinado a ser entregado solo al destinatario designado y contiene información confidencial que puede ser información médica protegida según las leyes federales y estatales. Si usted no es el destinatario, no divulgue, distribuya ni copie este fax. Notifique, de inmediato, al remitente si ha recibido este documento por error y luego destruya este documento inmediatamente.

