

Formulario de autorización del paciente para Tivdak[®] (tisotumab vedotina-tftv) para inyección

Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a CaseManager@seagensecure.com

Seagen Secure[®] es un servicio proporcionado sin costo por Seagen a través de sus agentes autorizados. Seagen Secure le ofrece ayuda para acceder a los productos de Seagen. Autorizo a Seagen Secure para que se comuniquen conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines descritos en este documento. Seagen Secure puede hacer lo siguiente:

- (i) Ayudarme con mi inscripción en Seagen Secure y evaluar mi elegibilidad para participar en los Programas de asistencia para gastos de bolsillo de seguros comerciales y, si resulta que soy elegible, inscribirme.
- (ii) Comunicarse conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para solicitar o proporcionar información adicional.
- (iii) Proporcionar material educativo y otros materiales e información pertinentes relacionados con Seagen Secure.
- (iv) Verificar, investigar y ayudarme a obtener cobertura para Tivdak a través de mi plan de seguro de salud.
- (v) Evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de asistencia para pacientes, si es necesario.
- (vi) Derivarme a otros programas independientes o fuentes alternativas que pueden estar disponibles para ayudarme según lo permita la ley, si es necesario.
- (vii) Para cumplir con los objetivos comerciales internos de Seagen, que incluyen el control de calidad y una encuesta de mejora del apoyo.

Doy mi consentimiento para que Seagen Secure se comuniquen conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines antes mencionados.

Para poder ayudarlo como se describe anteriormente, Seagen Secure debe tener acceso a información médica protegida (protected health information, PHI). Esto significa información que puede ser divulgada e incluye, entre otras cosas, mi nombre, dirección, número de contacto, afección médica y seguro de salud. Autorizo a mis médicos, farmacias y otros proveedores de atención médica, así como a mi plan de seguro de salud, a divulgar

mi información médica protegida a Seagen (“Compañía”) y a sus terceros proveedores, distribuidores y a otros proveedores de servicios que brindan apoyo a Seagen Secure (en conjunto, “Proveedores de servicios”), para ayudarme a obtener acceso a mi medicamento recetado. También autorizo a Seagen Secure a acceder a mi información de crédito a los fines de verificar mi ingreso como parte de la selección de elegibilidad para el programa de asistencia para pacientes (PAP). Entiendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el PAP de Seagen o que se me inscribirá en el programa. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento ni la cobertura de seguro, pero Seagen Secure no podrá ayudarme. Esta autorización tendrá una duración de un año a partir de la fecha en la que acepto esta autorización (o un período más corto según lo exija la ley estatal aplicable).

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seagen, disponible en www.seagen.com/privacy, describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a Seagen Secure a PO Box 5490, Louisville, KY 40255. La cancelación de esta autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de Seagen Secure.

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
----------------------------	---

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
------------------	---------------	---------------	--------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
--	-----------------

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:

TELÉFONO **CORREO ELECTRÓNICO** **CORREO POSTAL**

CONTACTO ALTERNATIVO	RELACIÓN	TELÉFONO DEL CONTACTO
-----------------------------	-----------------	------------------------------

Información financiera

Esta sección solo debe completarse en el caso de pacientes que se inscriben en el Programa de asistencia para pacientes de Seagen Secure para recibir medicamentos gratis. Si cumple con todos los criterios, puede ser elegible para recibir su medicamento sin costo.

CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE	INGRESO ANUAL DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE*
---	---

Al firmar este formulario, tal y como se describe en este documento, acepto permitir que Seagen Secure use mi información personal. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado.

FIRMA (PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA)	FECHA DE LA FIRMA
---	--------------------------

NOMBRE EN IMPRENTA DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE LA FIRMA
---	---------------------------------	--------------------------

*Seagen Secure se reserva el derecho de solicitar documentación que demuestre los ingresos.

