



CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Se preservará la confidencialidad de toda la información del paciente. La información se brindará a médicos clínicos, trabajadores sociales o familiares, cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la atención del paciente, y a las oficinas crediticias, a fin de que determinar la elegibilidad para el programa, con su consentimiento, en este Formulario de inscripción.



Tras enviar este formulario, un especialista del programa Advancing Access se pondrá en contacto para informarle cómo se procederá y responder sus preguntas.

DESPEJAR FORMULARIO**1. APOYO SOLICITADO PARA EL PACIENTE** **REQUERIDO****MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN** ☒

- ☐ Investigación de beneficios ☐ Programa de cupones de copago ☐ Autorización previa e información de apelaciones
- ☐ Elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) o Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP)

2. MEDICAMENTO RECETADO DE GILEAD **REQUERIDO**

Nombre del producto: Si solicita DESCOVY®, indique la finalidad: ☐ Tratamiento ☐ PrEP/prevencción

3. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE **REQUERIDO**

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Nombre preferido:
Dirección:		N.º de apart./unidad:	Ciudad:
Estado:	Código postal:	Teléfono: () -	Idioma preferido:
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos):	
Nombre del contacto alternativo:	Teléfono: () -	Relación:	

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo a Advancing Access a que me brinde información sobre mis beneficios y otra información con referencia al programa Advancing Access o la farmacia de ARx Patient Solutions por las siguientes vías (marque todas las que correspondan):

- ☐ Correo electrónico ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo postal de EE. UU.

"Autorizo a Advancing Access a dejar un mensaje detallado, que incluya el nombre de mi medicamento recetado, si no estoy disponible cuando llamen."

- ☐ Sí ☐ No

NOTA:

- ▶ Si no selecciono una preferencia de contacto, entiendo que Advancing Access me brindará información del programa por teléfono y/o a través de mi proveedor de atención médica.
- ▶ Se pueden aplicar cargos por mensajes de texto y datos. Puede desactivar los mensajes de texto en cualquier momento. Para hacerlo, responda "STOP".

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO **REQUERIDO****INCLUYA UNA COPIA DEL ANVERSO Y REVERSO DE LA TARJETA(S) DEL SEGURO**

- ☐ El paciente no tiene seguro (es decir, no tiene seguro médico a través de un pagador público o privado) — CONSULTE LA SECCIÓN 5 "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE" OPCIONAL
- ☐ El paciente tiene seguro (complete toda la información de seguro pertinente debajo — Incluya una copia [anverso y reverso] de todas las tarjetas de seguro, incluida la cobertura médica y medicamentos recetados).

SEGURO PRINCIPAL

Seguro principal:	¿Es un plan de la Parte D de Medicare? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del plan:	N.º de teléfono del seguro: () -		
Nombre del suscriptor:			
Nombre del titular de la póliza:	Relación del titular de la póliza con el paciente:		
N.º de póliza:	N.º de grupo:	N.º de Rx Bin:	N.º de Rx PCN:

- ☐ Marque esta casilla si el paciente tiene un seguro secundario e incluya una copia (anverso y reverso) de las tarjetas del seguro, si las tiene.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

5. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE**REQUERIDO SOLO SI SE SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE/PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (PAP/MAP)**

Ingresos anuales del grupo familiar: \$ _____ (podría solicitarse documentación de todas las fuentes de ingresos)

Cantidad de personas en el grupo familiar que viven con los ingresos anuales actuales: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otro: _____**INFORMACIÓN DE SEGURO ADICIONAL**¿El paciente ha solicitado el Programa de Asistencia para Medicamentos del SIDA (ADAP) o el Programa de Asistencia para PrEP? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿Cuál es el estado de ADAP del paciente? ☐ No solicitado ☐ Pendiente ☐ Lista de espera ☐ Denegado (incluye carta de denegación)
☐ No es elegible, motivo: _____¿El paciente es elegible para Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, indique el motivo (si se denegó, incluya una copia de la carta de denegación)

Si la respuesta es Sí, ¿el paciente ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿El paciente es elegible para Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es No, indique el motivo (si se denegó, incluya una copia de la carta de denegación)

Si la respuesta es Sí, ¿el paciente ha solicitado Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿El paciente es elegible para recibir beneficios de la Administración de Veteranos (VA)? ☐ Sí ☐ NoSi la respuesta es Sí, ¿el paciente intentó obtener el medicamento a través de VA? ☐ Sí ☐ No¿El paciente es elegible para recibir un plan de seguro ofrecido en un mercado de seguros médicos estatal (también llamado intercambio)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, indique el motivo: _____

Si la respuesta es Sí, ¿el paciente ha solicitado un plan de seguro ofrecido en un mercado de seguros médicos estatal (también llamado intercambio)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**REQUERIDO SI LA RECETA SE ENVÍA DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO/CLÍNICA DEL MÉDICO QUE RECETA**

Al marcar esta casilla ☐, entiendo que mi receta se enviará directamente al consultorio del médico que receta, cuya dirección se indica en este formulario (Sección 7). Autorizo al médico que receta indicado en este formulario, en calidad de mi agente, a que reciba mi receta en mi nombre. El médico que me receta, como mi agente, recibirá el medicamento recetado y me lo proporcionará.

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES DEL SOLICITANTE **REQUERIDO SOLO SI SE SOLICITA PAP/MAP**

Al firmar debajo, certifico que toda la información incluida en esta solicitud, los ingresos del grupo familiar también, es completa y exacta.

Entiendo que la asistencia del programa finalizará si Advancing Access toma conocimiento de que hay información falsa o inexacta o si ya no se me receta el medicamento. Entiendo que el producto gratuito que recibo a través de PAP/MAP solo puedo utilizarlo yo, a modo de consumo personal, y que no debo vender, revender, permutar ni comercializar el producto.

Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que reuniré las condiciones para obtener asistencia al paciente. Si recibo productos gratuitos a través de PAP/MAP, certifico que no pediré un reembolso ni crédito de ninguna compañía de seguros, plan de salud ni plan gubernamental por este medicamento. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no pediré que este medicamento, ni los costos de artículos vinculados con tal, se considere parte de mis costos de bolsillo para medicamentos recetados. Entiendo que PAP/MAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, cambiar o suspender el programa o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso.

Autorizo a PAP/MAP y su administrador a que envíen mi receta, en mi nombre, a una farmacia que surte medicamentos. Advancing Access podría pedirme que entregue alguna prueba de identidad y documentación de ingresos con el fin de verificar que soy elegible para PAP/MAP (p. ej., tarjeta de identificación, declaración de ingresos, W-2, últimos dos recibos de sueldo, etc.). **Autorizo a Gilead y su administrador tercero a que usen la información indicada en este formulario para obtener un informe crediticio de mi persona, a fin de verificar la información de este formulario y determinar si soy elegible para PAP/MAP.****X**

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE BAJO LA LEY FEDERAL O ESTATAL (REQUERIDO):

FECHA: _____ / _____ / _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:

TELÉFONO: () -

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / ____ / ____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICA PERSONAL**REQUERIDO**

Entiendo que Gilead Sciences, Inc., y sus agentes, contratistas y otros socios ("Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información médica y personal antes de que pueda recibir asistencia a través del programa Advancing Access (el "Programa") y el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos ("PAP/MAP"). Puedo encontrar más información sobre el uso que le dará Gilead a mis datos en <https://www.gilead.com/privacy-statements>.

Información que se divulgará — Mi información personal vinculada con mi inscripción o participación en el Programa, que puede incluir información personal identificable e información médica protegida ("PHI"), como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"), con la enmienda de la Ley de Tecnología de la Información para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, "HITECH") (en conjunto, información personal o "IP"):

- Información general sobre mí, incluidos mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto.
- Información de mi afección médica, incluida información de mi estado de VIH o tratamiento con este medicamento recetado y las afecciones médicas relacionadas.
- Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico.
- Información financiera (según sea necesario), como mis ingresos.
- Toda la información que brinde en este formulario de inscripción o que les brinde al Programa o a PAP/MAP.

Personas autorizadas a divulgar y usar mi información — Autorizo a las siguientes partes a divulgar mi IP a Gilead y sus socios:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que surte mis medicamentos recetados. Entiendo que los proveedores de la farmacia podrían recibir una remuneración por divulgar mi IP, conforme a esta autorización.
- Cualquier plan de salud, incluida mi compañía de seguro médico, o programa que me preste beneficios de salud.

Autorizo también a Gilead y sus socios a volver a divulgar mi IP a las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que surte mis medicamentos recetados.
- Mis planes de salud, incluida mi compañía de seguro médico.
- Mi representante autorizado conforme a la ley federal o estatal (si corresponde).

Motivos para usar o divulgar mi información personal — Se podría usar o divulgar mi IP por los siguientes motivos:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información que brindo en el formulario de inscripción, por ejemplo, para confirmar mi identidad y el consumo o posible consumo del medicamento que me receta mi proveedor de atención médica.
- Determinar mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud u otros programas.
- Brindar asistencia financiera y reembolsos, si soy elegible, y brindar otra asistencia que corresponda, incluida información de terceros que podrían ayudarme.
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica y coordinar la receta y entrega del medicamento a través de la farmacia o el consultorio del proveedor de atención médica.
- Comunicarse conmigo para evaluar la eficacia del Programa y/o el PAP/MAP.
- Por motivos comerciales internos de Gilead y para auditorías y determinación del cumplimiento.
- Confirmar que recibí el medicamento recetado de Gilead a través del PAP/MAP, según las preferencias de comunicación que indiqué antes.
- Anonimizar la información que brindo, es decir, eliminar los elementos que me identifican, como mi nombre y mi dirección.
- Satisfacer los requisitos legales de Gilead.

Continúe en la próxima página.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL (CONTINUACIÓN)**REQUERIDO**Otros aspectos importantes:

- Entiendo que tengo la opción de no firmar esta autorización. Si me niego, esto no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios de planes de salud o de obtener tratamientos a través de mis proveedores de atención médica; sin embargo, no tendré acceso al apoyo que ofrece el Programa ni/o PAP/MAP.
- Una vez que firmo la Autorización del paciente y se transmite mi IP a Gilead y sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales ya no protegen ni prohíben la redivulgación de mi IP que mis proveedores de atención médica u otros divulgan a Gilead y sus socios.
- Entiendo que tengo el derecho a recibir a una copia de esta autorización firmada y que la autorización vence dos (2) años a partir de la fecha de la firma o cuando así lo exijan las leyes del estado donde resido, lo que ocurra primero.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, para lo cual debo notificar a Gilead al 1-800-226-2056. Si la cancelo, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi IP tras la fecha de cancelación, pero dicha cancelación no afectará el uso o divulgación de la IP previos a la fecha de cancelación, conforme a esta autorización.

X

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE BAJO LA LEY FEDERAL O ESTATAL (REQUERIDO):

FECHA:

/ /

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:

TELÉFONO:

() -

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

7. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

REQUERIDO

DEBE COMPLETAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico que receta:		Nombre del centro:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto del consultorio:	Teléfono: () -	N.º de fax: () -	
N.º de NPI:	N.º de licencia estatal:	N.º de identificación tributaria:	

8. INFORMACIÓN MÉDICA/DE DIAGNÓSTICO

REQUERIDO

DEBE COMPLETAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Diagnóstico (incluya el código(s) de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]):

9. INFORMACIÓN DE LA RECETA

COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO DE RECETA QUE SE ENVIARÁ A LA FARMACIA QUE SURTE MEDICAMENTOS DE PAP/MAP UNA VEZ QUE SU PACIENTE SEA APROBADO



Primer nombre del paciente:		Apellido:		Fecha de nacimiento: / /	
Medicamento:				Concentración:	
Cantidad: 30	Instrucciones de uso:			Resultados:	
Dirección de envío		☐ Dirección del paciente (Sección 3) ☐ Dirección alternativa		Si la necesidad es inmediata y debe empezar a consumir el medicamento en el día, llame a Advancing Access directamente al 1-800-226-2056 para que lo aprueben.	
		☐ Dirección del consultorio del médico que receta			
Dirección de envío alternativa:					
Ciudad:		Estado:	Código postal:		

10. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Al firmar este formulario, certifico que personalmente receto o suministro medicamentos de Gilead para el paciente que se identifica en la Sección 3. Certifico que el medicamento recetado es medicamento necesario para el paciente y que se administrará como se indica. Certifico que supervisaré o coordinaré los tratamientos del paciente, de acuerdo con la ley, y verificaré que la información que se brinde en la solicitud de mi paciente para el Programa de Asistencia del Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos ("PAP/MAP") sea completa y exacta a mi leal saber y entender. Certifico que no he recibido ni pediré reembolsos de un programa gubernamental ni una aseguradora tercera por medicamentos de Gilead que el paciente reciba a través de PAP/MAP. Si corresponde, certifico que le suministraré al paciente elegible, identificado en la Sección 3, el medicamento que recibo a través de PAP/MAP para su uso personal, sin cargo. Certifico que no utilizaré de ningún otro modo el medicamento ni recetaré, brindaré, suministraré ni dispensaré la totalidad o una parte a ninguna otra persona ni paciente. Notificaré a Gilead si la totalidad o una parte del medicamento que recibo a través de PAP/MAP para el paciente identificado en la Sección 3 no se receta, brinda, suministra o dispensa a dicho paciente, y me aseguraré de que se lo devuelva a Gilead o a su representante designado, para lo cual llamaré al 1-800-226-2056 en el plazo de 30 días. Certifico que no venderé, revenderé, ofertaré, comercializaré ni permutaré el medicamento que reciba a través de PAP/MAP.

Doy mi consentimiento para que Gilead realice una auditoría relacionada con lo siguiente: 1) el solicitante identificado en la Sección 3, incluidas, entre otros, la confirmación de su identidad y la verificación de la necesidad médica; y 2) la dispensación del medicamento que reciba el proveedor a través de PAP/MAP, incluida la confirmación de que el paciente recibió el medicamento recetado de Gilead y la devolución oportuna del medicamento que se recibió para el paciente identificado en la Sección 3, pero que no se le dispensó, si corresponde.

Si se receta DESCOVY para PrEP®, certifico que el solicitante se ha sometido a pruebas de infección por VIH y los resultados fueron negativos, y que, como parte del plan de cuidados, se realiza análisis de VIH regulares. Como parte de la elegibilidad de mi solicitante, acepto verificar periódicamente el consumo ininterrumpido del medicamento de Gilead y volver a enviar recetas actuales.

Certifico que he recibido la autorización escrita adecuada del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), las leyes estatales vigentes de privacidad de la información de salud y cualquier otro requisito correspondiente, a fin de divulgar la información personal y médica del paciente a Gilead y sus agentes y contratistas con el propósito de evaluar la cobertura de seguro del paciente y su elegibilidad para participar en Advancing Access, realizar auditorías aleatorias para verificar la información que se brinda en este formulario de inscripción y para otros fines, que se detallan en la Autorización del paciente para el uso y la divulgación de la información de salud personal, en la Sección 6. Gilead tiene autorización para comunicarse conmigo por la información brindada en este formulario y, según sea necesario, para facilitar la inscripción y la participación de mi paciente en Advancing Access. Entiendo que Gilead puede comunicarse con el paciente directamente, si tiene su autorización, a fin de verificar la elegibilidad para Advancing Access, consultar si hubo cambios en la cobertura del seguro y, también, confirmar si recibió el medicamento de Gilead a través de PAP/MAP.

NOTA ESPECIAL: en el caso de los médicos que recetan en Nueva York, deben enviar la receta en un formulario de receta en blanco del estado de Nueva York. En cuanto a todos los otros estados, si no se envía por fax, la receta debe hacerse en un formulario de receta en blanco específico de cada estado, si corresponde.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDO):

FECHA:

NO SE PERMITEN SELLOS

CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

REQUERIDO SI LA RECETA SE ENVÍA DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO/CLÍNICA DEL MÉDICO QUE RECETA

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Mi paciente ha dado su consentimiento para que yo reciba el medicamento de Gilead en su nombre. Recibiré el medicamento de mi paciente y lo guardaré en mi consultorio hasta suministrárselo, cuando corresponda. Cumpliré y acataré las leyes estatales de dispensación para médicos autorizados, cuando corresponda. El medicamento que suministre Gilead en función de este formulario de inscripción está destinado solamente para el paciente nombrado en este formulario, y no se deberá vender, comercializar, permutar, transferir, devolver por crédito ni enviar a terceros (como Medicare, Medicaid u otro prestador de beneficios) para obtener un reembolso. La medicación se proporcionará solamente al paciente elegible e inscrito, sin costo alguno. La información que se brinda en este formulario de inscripción es pasible de auditorías aleatorias y verificación. Gilead podría modificar o cancelar este programa en cualquier momento. Gilead se reserva el derecho de finalizar la inscripción de mi paciente en cualquier momento. Si el medicamento no se suministra a mi paciente en un plazo de 30 días de haberlo recibido, se lo debe devolver a la farmacia de Rx Patient Solutions. El centro de atención médica puede ser pasible de auditorías por parte de Gilead y su empresa de auditoría independiente.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDO):

FECHA:

NO SE PERMITEN SELLOS



ADVANCING ACCESS, el logotipo de ADVANCING ACCESS, DESCOVY, DESCOVY para PrEP, GILEAD y el logotipo de GILEAD son marcas comerciales de Gilead Sciences, Inc., o sus compañías relacionadas.

© 2025 Gilead Sciences, Inc. Todos los derechos reservados. US-ADMP-0685 03/25

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO POR FAX A ADVANCING ACCESS AL 1-800-216-6857

IMPRIMIR FORMULARIO