



Escanee con su dispositivo móvil para añadir la información de contacto de ForgingBridges.

¿Tiene preguntas? Llame a ForgingBridges al
1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434)
de lunes a viernes, de 8 AM a 8 PM hora del este,
o visite [ForgingBridges.com](https://www.ForgingBridges.com)

INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Médico prescriptor

Las páginas 2 y 3 de este Formulario de inicio deben completarse y enviarse por fax al número siguiente. Se requiere la siguiente información para el envío:

- ☐ Características demográficas del paciente
- ☐ Una copia de la tarjeta del seguro de su paciente
- ☐ Diagnóstico del paciente (código ICD-10-CM, por sus siglas en inglés)
- ☐ Receta médica de Attruby
- ☐ Firma del médico prescriptor

Una vez completado el formulario, envíelo por fax al **1-877-738-0545**. ForgingBridges confirmará la recepción en su consultorio. Como alternativa, puede enviarse una receta electrónica a **RareMed Solutions (NPI: 1043877996)**.

Las recetas de Attruby deben enviarse a través de la plataforma de recetas electrónicas a la farmacia que elija. El fabricante no asigna ni envía recetas a farmacias especializadas dentro de los sistemas de salud. No se procesará ninguna receta enviada al fabricante para una ruta de farmacia especializada del sistema de salud.

Nota: Si su paciente no está presente, el formulario puede enviarse sin su consentimiento y firma. ForgingBridges se pondrá en contacto con el paciente para obtener esta información.

Paciente

El paciente debe elegir una de las dos formas siguientes de dar su consentimiento para la inscripción:

- ☐ Complete la sección de Consentimiento y Autorización del Paciente y firme en la página 2 de este formulario de inicio.

O BIEN

- ☐ Complete el Consentimiento electrónico y la Autorización del Paciente en [ForgingBridges.iassist.com/patient](https://www.ForgingBridges.iassist.com/patient) o haciendo clic/escaneando el código QR a continuación.



Nota: Se requiere el consentimiento y la firma de autorización del paciente para inscribirse en el Programa de Apoyo ForgingBridges, pero se puede obtener después de enviar el formulario.

ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a Revisión, Modificación Clínica; NPI=Identificador del Proveedor Nacional.

Haga [clic aquí](#) para ver los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo ForgingBridges. Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en [Attruby.com/PI](https://www.Attruby.com/PI).

Envíe por fax las páginas 2 y 3 al número 1-877-738-0545

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Preferencia de idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros: _____

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

Teléfono móvil: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del contacto alternativo/cuidador: _____ Relación con el paciente: _____

Medio preferido de comunicación del cuidado:

☐ Teléfono: _____ ☐ Dirección de correo electrónico: _____

Seguro médico del paciente: ☐ Sin seguro ☐ Copia del seguro y/o tarjeta de recetas adjuntas

Al enviar este formulario, proporcione una copia escaneada del anverso y del reverso de la tarjeta del seguro del paciente, según corresponda.

☐ **Opcional:** Adjuntar una copia de la información del paciente.

Si se marca esta casilla, pida al paciente que revise, firme y feche el "Consentimiento y autorización del paciente" a continuación antes de completar la página 3.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Consentimiento del paciente para participar en el Programa de Apoyo ForgingBridges

Al firmar a continuación, certifico que he leído el Consentimiento del Programa de Apoyo ForgingBridges en la página 4 y los [términos y condiciones](#), y acepto expresamente recibir mensajes de texto sobre actualizaciones de la inscripción y alertas de ForgingBridges en el número de teléfono móvil que proporcioné anteriormente en este formulario, y acepto notificar a ForgingBridges de inmediato si cambio de número. Entiendo que la frecuencia de los mensajes varía según el usuario y que pueden aplicarse las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro en cualquier momento enviando un mensaje de texto desde mi teléfono móvil al 1-888-552-7434 con la palabra STOP o con la palabra HELP para obtener más ayuda. Si no firmo a continuación, entiendo que no recibiré mensajes de texto. Los términos completos y nuestra política de privacidad también se pueden encontrar en ForgingBridges.com. Si solicito el Programa de Apoyo al Paciente (Patient Assistance Program, PAP) ForgingBridges, también entiendo y doy permiso a Experian para que proporcione a ForgingBridges información de mi perfil de crédito/consumidor con el único propósito de determinar si mis ingresos cumplen con los requisitos de elegibilidad del Programa de Apoyo al Paciente.

Autorización del paciente para compartir Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Al firmar a continuación, certifico que he leído la autorización para compartir el PHI en la página 4 y autorizo la divulgación de mi información a BridgeBio tal como se describe.

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicaciones (por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico) de un Coordinador de acceso de pacientes (Patient Access Liaison, PAL).

FIRMAR Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si lo firma el representante autorizado del paciente:

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicaciones (por teléfono, texto o correo electrónico) de ForgingBridges y un Coordinador de acceso de pacientes (Patient Access Liaison, PAL) en nombre de: _____

Nombre del representante autorizado del paciente: _____

Firma del representante autorizado del paciente: _____ Fecha: _____

☐ **Consentimiento de comercialización (opcional):** Al marcar esta casilla, acepta compartir sus datos de contacto y cierta información médica con BridgeBio, sus filiales y empresas que trabajan con BridgeBio o sus filiales (colectivamente, "BridgeBio"). Usted autoriza a BridgeBio a ponerse en contacto con usted por correo postal, correo electrónico, teléfono, fax, mensaje de texto (incluido el automarcado/mensajes pregrabados) o medios digitales con fines de comercialización sobre productos, servicios u ofertas de BridgeBio. Este consentimiento de comercialización no es necesario para comprar productos o participar en el programa ForgingBridges. Puede optar por no participar en cualquier momento. Consulte nuestra [Política de privacidad](#) para obtener más información.

Haga [clic aquí](#) para ver los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo ForgingBridges.
Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en Attruby.com/PI.

Envíe por fax las páginas 2 y 3 al número 1-877-738-0545

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre del médico prescriptor: _____ Título del médico prescriptor: _____
Teléfono del médico prescriptor: _____ N.º de NPI del médico prescriptor: _____ Nombre del centro: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto del consultorio: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Tratamiento actual o previo: ☐ Ninguno

☐ Tafamidis Dosis: _____ Duración: _____
☐ Tafamidis meglumine Dosis: _____ Duración: _____
☐ Vutrisiran Dosis: _____ Duración: _____
☐ Otros: _____ Dosis: _____ Duración: _____

Código de diagnóstico del ICD-10-CM (seleccione uno)*:

☐ E85.2: amiloidosis hereditaria no especificada
☐ E85.4: amiloidosis con límite orgánico
☐ E85.82: amiloidosis por transtiretina de tipo salvaje (ATTR)
☐ Otros: _____

Alergias a medicamentos: ☐ Alergias farmacológicas conocidas: ☐ Lista de medicamentos: ☐ Ninguna alergia conocida

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

Método de dispensación (seleccione uno): ☐ Farmacia especializada ☐ Farmacia especializada del sistema de salud

RECETA MÉDICA DE ATTRUBY

☐ **Seleccione si:** se requiere receta médica para uso comercial, QuickStart o utilización de PAP.

Preferencia de farmacia especializada (seleccione una opción):

☐ PANTHERx Rare ☐ Orsini ☐ Sin preferencias

☐ **Nombre de la farmacia especializada del sistema de salud**

(si corresponde): _____

Programa de artículos gratuitos:

☐ QuickStart ☐ PAP

(dejar en blanco si no se requiere para el paciente)

Nombre del fármaco: píldoras de 356 mg de Attruby (NDC: 82228-712-28)

Indicación: tomar 2 píldoras por vía oral dos veces al día

Cantidad: dispensar suministro para 28 días

Renovaciones:

☐ QuickStart: 1 renovación

☐ PAP: hasta 1 año (12 renovaciones)

☐ Otros: _____ (máx. 11) renovaciones

RECETA DE PRUEBA GRATUITA DE ATTRUBY

☐ **Seleccione si:** se requiere la receta de un Programa de prueba gratuita.

Primera vez que toma Attruby: ☐ Sí ☐ No

Nombre del fármaco: píldoras de 356 mg de Attruby (NDC: 82228-712-28) **Cantidad:** dispensar suministro para 28 días

Indicación: tomar 2 píldoras por vía oral dos veces al día **Renovaciones:** 0 renovaciones

GUÍA DE ENVÍO PARA FARMACIAS ESPECIALIZADAS DEL SISTEMA DE SALUD:

Las recetas de Attruby deben enviarse a través de la plataforma de recetas electrónicas a la farmacia que elija. El fabricante no asigna ni envía recetas a farmacias especializadas dentro de los sistemas de salud. No se procesará ninguna receta enviada al fabricante para una ruta de farmacia especializada del sistema de salud.

Confirmación de receta electrónica: ☐ envío a la farmacia

NPI de farmacia receptora: _____

Se requiere firma física. Si no se puede obtener la firma a mano, se puede enviar una receta electrónica a RareMed Solutions (NPI: 1043877996).

FIRMAR

Firma del médico prescriptor (elija una opción):

Dispensar tal y como está escrito: _____ Fecha: _____ Sustitución permitida: _____ Fecha: _____

Cualquier instrucción especial: _____

*Ejemplo de códigos ICD-10 que no sugieren aprobación, cobertura o reembolso para usos o indicaciones específicos.

†Ciertos estados requieren que el médico prescriptor escriba a mano "la marca necesaria" o "la marca médicamente necesaria" en la categoría "Cualquier instrucción especial" si ha tomado esta decisión según su criterio clínico independiente. El médico prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos del estado. El incumplimiento podría dar lugar a una comunicación con el médico prescriptor.

‡Utilice el espacio en "Instrucciones especiales" para incluir sustituciones autorizadas.

Certificación del médico prescriptor: Mi firma certifica que el paciente nombrado en este formulario es mi paciente, que la información que yo proporcione en el formulario es, a mi leal saber y entender, completa y precisa, y que el tratamiento con Attruby es médicamente necesario para mi paciente. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente, de acuerdo con la legislación estatal y federal aplicable, para divulgar la información médica identificable individualmente del paciente incluida en este formulario a ForgingBridges y que dicha autorización le permite a ForgingBridges ponerse en contacto con el paciente, así como para divulgar de otro modo la información identificable individualmente del paciente para (i) verificar la cobertura del seguro de mi paciente (incluido compartir la información con el plan de seguro del paciente); (ii) determinar la elegibilidad de mi paciente para los beneficios de ForgingBridges; y (iii) coordinar los programas de ForgingBridges en beneficio de mi paciente. Para las recetas de Farmacia especializada, autorizo a ForgingBridges a transmitir la receta anterior a la Farmacia especializada correspondiente a mi paciente. Entiendo que no estoy obligado a prescribir ningún producto de BridgeBio y certifico que no he recibido, ni recibiré, ningún beneficio de BridgeBio por hacerlo. Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se vaya a proporcionar ayuda a mi paciente. No solicitaré el reembolso de ningún medicamento dispensado en virtud del programa ForgingBridges a ningún pagador, paciente u otra persona o entidad externa. Cualquier medicamento que reciba en nombre de mi paciente de parte de ForgingBridges se protegerá y se almacenará de forma adecuada hasta que se dispense, sin costo alguno para el paciente mencionado anteriormente, y no se revenderá ni se ofrecerá para su venta, comercio o permuta, y no se devolverá para su reembolso. Acepto cumplir y acatar todas las leyes de dispensación de profesionales de la salud aplicables a los médicos prescriptores autorizados. Doy fe de que no estoy en la lista de HHS/OIG de personas excluidas. Entiendo que BridgeBio se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa e interrumpir el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

HHS=Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; NDC=Código Nacional de Medicamentos; OIG=Oficina del Inspector General.

Haga [clic aquí](#) para ver los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo ForgingBridges.
Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en [Attruby.com/PI](https://attruby.com/PI).

Puede imprimir y conservar una copia de esta página para sus registros.

Consentimiento del paciente para el Programa de Apoyo ForgingBridges

Lea detenidamente el siguiente consentimiento y, si está de acuerdo, firme y feche donde se indica en la sección “Consentimiento y autorización del paciente” en la página 2.

Al firmar en la página 2, acepto los [términos y condiciones](#) para mi inscripción en el Programa de Apoyo ForgingBridges (el “Programa”). Autorizo a BridgeBio Pharma Inc. (“BridgeBio”), el patrocinador del Programa y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes a que me presten servicios para los que soy elegible en virtud del Programa. Esto puede incluir comunicaciones y apoyo a la medicación y el cumplimiento terapéutico, apoyo al cumplimiento y a la dispensación de medicamentos, cobertura de seguro y apoyo financiero, educación sobre enfermedades y medicamentos, y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto los términos de inscripción en el Programa de Asistencia con Copagos, si soy elegible. Si solicito el Programa de asistencia al paciente, autorizo al Programa a obtener un informe sobre mis ingresos individuales de las agencias de notificación de consumidores y a utilizar la información que yo proporcione como fuente para verificar los datos de este formulario a fin de determinar si soy elegible para recibir medicación gratuita. Entiendo que, a petición mía, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de notificación para consumidores que presenta dicho informe para consumidores. Autorizo a BridgeBio a que se ponga en contacto conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, y si doy mi consentimiento en la página 2, también mediante mensajes de texto relativos a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigaciones de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a desidentificar mi información y utilizarla para llevar a cabo estudios de investigación, educación, análisis comerciales y de marketing u otros fines comerciales. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa y que aún podré recibir mi medicación según lo prescrito por mi médico. Puedo optar en cualquier momento por no recibir los servicios individuales ofrecidos por el Programa o puedo elegir dejar de recibirlos por completo si notifico a un representante del Programa al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o a ForgingBridges en PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que BridgeBio puede cambiar o interrumpir una parte o la totalidad del Programa en cualquier momento.

Autorización a ForgingBridges para compartir Información médica protegida (PHI)

Lea atentamente la siguiente autorización y, si está de acuerdo, firme y feche donde se indica en la sección “Consentimiento y autorización del paciente” en la página 2.

Al firmar la sección de Autorización del paciente en la página 2 de este formulario, autorizo a mis profesionales de atención médica y al personal médico, mis farmacias, y mis seguros médicos a divulgar a BridgeBio Pharma Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores, y otros agentes implicados en el Programa de Apoyo ForgingBridges (el “Programa”) información que me identifica, incluida (i) mi información de contacto; (ii) mi información médica, como información sobre mi afección médica y tratamiento; (iii) seguros de salud y reclamaciones de cobertura; y (iv) información sobre el cumplimiento de las recetas (en conjunto, mi “Información”), para facilitar mi recepción de beneficios del Programa. Además, autorizo al Programa a utilizar mi Información y a comentarla con mis profesionales de atención médica y seguros médicos, según sea necesario para inscribirme en programas de apoyo, prestar servicios y llevar a cabo la garantía de calidad y otras actividades administrativas, y a fin de ponerse en contacto conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico, y si doy mi consentimiento en la página 2, también por mensaje de texto, en relación con i) Servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a desidentificar mi información y a utilizar la información anonimizada para llevar a cabo estudios de investigación, educación, análisis comerciales y de marketing u otros fines comerciales. Entiendo que, una vez que mi Información se haya divulgado al Programa, es posible que ciertas leyes federales de privacidad ya no protejan la posterior divulgación de la Información. Sin embargo, también entiendo que BridgeBio tiene la intención de utilizar y divulgar mi Información solo para los fines a los que se hace referencia en esta autorización o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que la farmacia que dispensa mi medicamento puede recibir un pago de BridgeBio a cambio de mi información y/o de proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento médico de mis profesionales de atención médica, ser elegible para los beneficios del seguro médico o para obtener los medicamentos de BridgeBio. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar en el Programa. Entiendo que esta autorización caduca 10 años después de la fecha de firma a continuación, o antes, según lo requiera la legislación estatal o local, y hasta que cancele esta autorización antes de ese momento. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges en PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que la cancelación de esta autorización no invalidará ningún uso y divulgación de mi información realizada en virtud de la autorización antes de la recepción de la cancelación por parte de ForgingBridges. Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de esta autorización.

Haga [clic aquí](#) para ver los **Términos y Condiciones del Programa de Apoyo ForgingBridges**.
Consulte la **Información de Prescripción completa de Attruby** en [Attruby.com/PI](https://attruby.com/PI).