

Formulario de inicio y consentimiento del paciente para JazzCares®

EPIDIOLEX® (cannabidiol)

Cómo empezar con JazzCares®

- 1** El **proveedor de atención médica** llena el formulario de inicio de JazzCares®, página 2, y lo firma.
- 2** El **paciente, tutor legal o proveedor de atención médica** llena el formulario de consentimiento del paciente para JazzCares®, página 3, y lo firma.
- 3** El **prescriptor envía por fax** los formularios firmados, junto con copias de las tarjetas del seguro, al 1-855-518-7566.
Envía la receta electrónica a: PharmaCord, 11001 Bluegrass Parkway, Suite 200, Louisville, KY 40299

Apoyos ofrecidos por JazzCares®

- **Coordinadores de atención de JazzCares®:** Apoyo individual y personalizado para los pacientes y sus cuidadores en todo momento. **Llene y firme el formulario de consentimiento del paciente de la página 3.**
- **Inicio rápido de JazzCares®:** Mientras se determina la cobertura del seguro, los pacientes nuevos elegibles pueden recibir en apenas 3 días hábiles un suministro de EPIDIOLEX para un máximo de 60 días.¹ **Llene y firme el formulario de inicio de la página 2 y el formulario de consentimiento del paciente de la página 3.**

Referencia: 1. Datos de archivo. Palo Alto, CA: Jazz Pharmaceuticals Inc., 18 de julio de 2025.

Otros apoyos

- | | | |
|--|--|--|
| - Verificación de beneficios | - Apelación para las preautorizaciones | - Programa de apoyo al paciente (PAP) Apoyo para los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. |
| - Buscador de farmacias especializadas | - Información de apoyo sobre la enfermedad y el producto | |



Envíe por fax los
formularios completados
al: 1-855-518-7566

O



Llene el formulario
por internet:
jazzcaresforepidiolex.com



Si tiene alguna duda, llame de lunes
a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. ET
al: 1-833-426-4243

Seleccione los servicios que necesita:

☐ Inicio rápido

☐ Apelación para preautorizaciones

☐ Verificación de beneficios/Buscador de farmacias especializadas

☐ PAP

1 Información del paciente

Nombre del paciente _____ Apellido _____
 Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer Peso: lbs ____ kg ____
 Dirección del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Nombre(s) completo(s) del/de los tutor(es) legal(es) _____
 Teléfono principal ☐ Celular ☐ Domicilio/Otro ☐ Correo electrónico _____
 Teléfono secundario _____ ☐ Celular ☐ Domicilio/Otro _____
 Residencia compartida o centro de cuidados crónicos: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre y datos de contacto del centro _____
☐ Paciente hospitalizado en este momento, Fecha del alta hospitalaria (prevista) _____
 Medicamentos actuales _____ Alergias conocidas _____

2 Datos del seguro (Proporcione copia de la tarjeta del seguro por ambos lados)

Proveedor del seguro de gastos de medicamentos de receta _____ ☐ El paciente no tiene cobertura para los medicamentos de receta
 Nombre de la aseguradora _____ Teléfono de la aseguradora _____
 N.º de id. del miembro _____ BIN de la receta _____ PCN de la receta _____ N.º de grupo de la receta _____
 Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
 Relación del paciente con el titular de la tarjeta: ☐ Propio titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otros _____
 ¿Tiene el paciente otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No
 Nombre de la otra aseguradora _____ Teléfono de la aseguradora _____
 N.º de id. de la receta _____ BIN de la receta _____ PCN de la receta _____ N.º de grupo de la receta _____
 Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____
 Relación del paciente con el titular de la tarjeta: ☐ Propio titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otros _____

3 Datos del proveedor de atención médica: Haga clic para ver la [información completa para la prescripción](#)

Nombre del prescriptor _____ Apellido _____
 Médico supervisor (si se requiere) _____
 Especialidad _____ N.º de NPI _____
 Dirección del consultorio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono del contacto _____ Fax del contacto _____ Correo electrónico del contacto _____
 Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo electrónico

4 Datos sobre el diagnóstico y la receta

Farmacia especializada preferente _____
 Código del CIE-10 _____ Convulsiones asociadas con: ☐ SLG ☐ SD ☐ CET ☐ Otros/epilepsia resistente _____
 Si marco "Otros" y este medicamento se está recetando para algo que no figura en la información del producto aprobada por la FDA, incluida la epilepsia resistente, al firmar este formulario de inicio del paciente y poner mis iniciales aquí certifico que el prescriptor determinó que EPIDIOLEX es medicamento necesario y apropiado para este paciente y se supervisará el tratamiento de este paciente.
 Ponga sus iniciales _____
 Iniciales del proveedor de atención médica _____ Fecha (mes/día/año) ____/____/____

Receta de inicio rápido/PAP:

Solución: EPIDIOLEX (cannabidiol) solución de 100 mg/mL

Instrucciones:

☐ Ajustes:

Dosis inicial _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

1.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

2.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

3.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

Cantidad: Suficiente para 30 días Repeticiones: Ninguna repetición

☐ Mantenimiento: _____ mL por vía oral dos veces al día durante 30 días

Cantidad: Suficiente para 30 días Repeticiones: _____ veces

☐ Enviaré la receta por fax o una receta electrónica mediante el expediente médico electrónico a: PharmaCord, 11001 Bluegrass Parkway, Suite 200, Louisville, KY 40299

Receta para la farmacia especializada de la red* (imprescindible para transferir la receta)

Solución: EPIDIOLEX (cannabidiol) solución de 100 mg/mL

Instrucciones:

☐ Ajustes:

Dosis inicial _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

1.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

2.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

3.º ajuste _____ mL por vía oral dos veces al día durante _____ días

Cantidad: Suficiente para 30 días Repeticiones: Ninguna repetición

☐ Mantenimiento: _____ mL por vía oral dos veces al día durante 30 días

Cantidad: Suficiente para 30 días Repeticiones: _____ veces

*Es posible que el proveedor de atención médica deba enviar los datos de la receta y del paciente a la farmacia especializada de la red para EPIDIOLEX



Escaneando este código tendrá una útil calculadora de dosis

5 Autorización del proveedor de atención médica

Mediante mi firma al calce, certifico que: (a) el tratamiento descrito es medicamento necesario; y (b) el paciente antes identificado (o su representante personal) me ha dado la autorización necesaria para transmitir, según la legislación y reglamentación federal y estatal aplicable sobre privacidad, sus datos médicos personales a Jazz Pharmaceuticals y a sus filiales o proveedores con la finalidad de brindar los servicios de apoyo al paciente seleccionados en este formulario. Tengo la obligación de cumplir todas las exigencias estatales de prescripción (por ejemplo, de receta electrónica, formulario de receta estatal específico, texto por fax, etc.). Sé que si no cumpla las exigencias específicas del estado, podrían ponerse en contacto conmigo. Confirmando que le expliqué todo lo siguiente al paciente y que el paciente indicó haberlo comprendido y autorizado:

1) Jazz Pharmaceuticals y sus agentes utilizarán el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, sus datos de contacto, sus recetas y otros datos médicos necesarios indicados en este formulario para los servicios de reembolso relativos a esta receta, incluida la verificación de los beneficios de su seguro y la comunicación directa con el paciente para la administración de estos servicios de apoyo al paciente; 2) a continuación, y con la misma finalidad, Jazz Pharmaceuticals transmitirá los datos personales del paciente a las aseguradoras indicadas en este formulario; 3) autorizo a Valeris a transmitir en mi nombre esta receta (por cualquier medio que permita la legislación aplicable) a la farmacia correspondiente que haya indicado el paciente y emplee su plan de beneficios; y 4) el paciente puede retirar su consentimiento comunicándose con Jazz Pharmaceuticals por uno de los métodos enumerados en la política de privacidad de los datos médicos de consumidores estadounidenses (<https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/us-consumer-health-data-privacy-policies>), pero si el paciente no acepta estos usos o transmisiones o retira su consentimiento para que se produzcan, el paciente no podrá seguir recibiendo estos servicios de apoyo al paciente que exigen que Jazz Pharmaceuticals procese sus datos personales.

Firme

Firma del prescriptor (dispénsese lo indicado)

Firma del prescriptor (se permiten sustituciones)

Fecha (mes/día/año)

Envíe por fax los formularios completados al: 1-855-518-7566 o llénelos por internet: jazzcaresforepidiolex.com

¿Dudas? Llame de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. ET al: 1-833-426-4243

Paciente: Llénelo por internet en jazzcares.com **O** imprímalo, llénelo, tómelo una foto y envíela a support@jazzcaresforepidiolex.com

Llenar y firmar este formulario permitirá que un coordinador de atención de JazzCares® se comunice con usted. Los coordinadores de atención de JazzCares® los ayudan a usted y a su ser querido a establecer metas personalizadas y respetar el tratamiento, y se comunican con ustedes para mantener la motivación, evaluar los avances y atender las dificultades prácticas. Estos recursos y apoyo que se ofrecen son opcionales y gratuitos, y usted no está obligado/a a inscribirse en este programa para recibir ayuda con su cobertura del seguro ni para conocer las opciones de ayuda económica existentes.

1 Información del paciente

Nombre del paciente _____ Apellido _____ Código postal _____
 Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer
 Nombre(s) completo(s) del/de los tutor(es) legal(es): _____ Relación con el paciente _____
 Teléfono principal _____ ☐ Celular ☐ Domicilio/Otro ☐ Correo electrónico _____
 Teléfono secundario _____ ☐ Celular ☐ Domicilio/Otro
 Nombre del prescriptor _____ Apellido _____
 N.º NPI _____ Teléfono del prescriptor _____

2 Recursos para el paciente y otra información (opcional)

- ☐ **Consentimiento para recibir por correo electrónico comunicaciones de Jazz Pharmaceuticals sobre programas educativos, productos y servicios.** Al marcar este recuadro, confirmo tener 18 años o más y ser residente en los Estados Unidos. Asimismo expreso mi deseo de recibir de Jazz Pharmaceuticals información sobre programas educativos, productos y servicios y doy mi consentimiento para que Jazz Pharmaceuticals, sus filiales y sus proveedores de servicios recopilen, procesen y transmitan a terceros mis datos médicos con fines de actividades mercadológicas y para comunicarse conmigo en relación con productos y servicios que puedan interesarme. Estoy consciente de que Jazz Pharmaceuticals no venderá mis datos médicos a terceros. Haciendo clic en el enlace "unsubscribe (cancelar la suscripción)" que figura de los correos electrónicos enviados por Jazz Pharmaceuticals podré cancelar mi suscripción en todo momento y dejar de recibir comunicaciones de Jazz Pharmaceuticals. Mediante uno de los métodos enumerados en la política de privacidad de los datos médicos de consumidores estadounidenses (<https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/us-consumer-health-data-privacy-policies>), puedo retirar en todo momento el consentimiento para la recopilación, la utilización y la transmisión a terceros de mis datos médicos con fines mercadológicos.
- ☐ **Consentimiento de la Ley de Protección a los Usuarios del Teléfono (Telephone Consumer Protection Act, TCPA).** Al marcar este recuadro, doy mi consentimiento para que Jazz use los números de teléfono indicados para llamarme y enviarme mensajes de texto con fines publicitarios relativos a productos y servicios de Jazz y/o a mi problema médico o tratamiento. Jazz podrá usar máquinas de marcado automático o mensajes artificiales o pregrabados para comunicarse conmigo, y podrá dejarme mensajes en la contestadora o enviarlos por SMS/mensaje de texto (podrían ser aplicables las tarifas estándares de recepción de mensajes de texto). Respondiendo STOP podré cancelar el envío de mensajes de texto (SMS).

3 Datos económicos (llénelos solo si se solicita el programa de ayuda al paciente. Importante: El formulario de inicio de JazzCares® lo debe firmar y enviar un proveedor de atención médica.)

- ☐ Al marcar este recuadro y firmar este apartado, acepto las condiciones del programa JazzCares® de ayuda al paciente.

Ingresos totales del hogar _____

Cantidad de personas que integran el hogar (incluido el solicitante) _____

Los datos de esta solicitud se usarán para que una empresa externa de servicios financieros efectúe una investigación de verificación de ingresos.

Condiciones del programa de ayuda al paciente

Comprendo que, para cumplir los requisitos de acceso gratuito al medicamento que impone este programa, es imprescindible que cumpla los criterios de elegibilidad del programa, incluida la verificación de ingresos. Certifico que todos los datos de esta solicitud o que yo tengo que aportar en relación con esta solicitud (incluidas todas las copias de mis comprobantes de ingresos y de gastos médicos) son a mi leal saber y entender verdaderos y fidedignos. Confirmando que estoy autorizado/a a firmar esta solicitud. Confirmando que no tengo seguro de medicamentos de venta con receta para el medicamento indicado (o que mi seguro de Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados es insuficiente) y que carezco de medios económicos suficientes para pagar el tratamiento que me recetaron. Asimismo me comunicaré con JazzCares® en caso de que cambie cualquier información mía relativa a mi seguro o cobertura de los medicamentos de venta con receta. Estoy consciente de que el medicamento que recibiré en el programa de ayuda al paciente no contará para mis gastos de bolsillo (out of pocket costs) según la definición que figura en la Ley de Modernización de Medicare (Medicare Modernization Act). Estoy consciente de que el medicamento que recibiré del programa de apoyo al paciente me lo despachará una farmacia especializada y se me entregará sin que yo ni nadie tengamos que pagar nada, y por lo tanto acepto que no presentaré a terceros (incluido mi plan de la Parte D de Medicare) ningún reclamo por el medicamento que recibiré del programa de ayuda al paciente.

Firme

Firma del paciente/tutor legal

Fecha (mes/día/año)

Nombre (en letra de molde)

Apellido (en letra de molde)

Relación con el paciente

4 Firma de autorización del paciente (paciente/tutor legal/representante para atención médica)

Al firmar este formulario, confirmo que la información aportada es veraz y correcta y que lei, entendí y acepté las condiciones indicadas en el formulario de autorización de la transmisión de datos del paciente que está en la página 4. Doy mi consentimiento para la obtención, el procesamiento y la transmisión de mis datos médicos para los fines descritos en el formulario de autorización de la transmisión de datos del paciente. Estoy consciente de que participar en las actividades y los programas de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®, es voluntario y que las comunicaciones comerciales, si di mi consentimiento para recibirlas, son servicios opcionales. Los consentimientos expresados anteriormente no afectan en modo alguno mi derecho a conseguir ningún medicamento y el paciente no está obligado a dar su consentimiento para poder recibir ningún medicamento. Si soy el tutor legal del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Si soy un representante del proveedor de atención médica que firma en nombre del paciente, con mi firma al calce confirmo que le di al paciente o tutor legal toda la información pertinente y que dicha persona indicó con claridad haber comprendido y autorizado el uso y la divulgación de sus datos personales (incluidos los datos médicos) conforme a lo expresado en el formulario de autorización de la divulgación de datos del paciente que figura en la página 4, y que está conforme con todos los consentimientos aplicables ya citados.

Firme

Firma del paciente/tutor legal/proveedor de atención médica

Fecha (mes/día/año)

Nombre (en letra de molde)

Apellido (en letra de molde)

Relación con el paciente

No hay que hacer nada. Antes de firmar la autorización del paciente de la página anterior, revise los datos importantes que figuran a continuación.

Autorización de la transmisión de datos del paciente

I. Uso y divulgación de datos médicos

Por este medio, autorizo y exhorto a mi(s) prescriptor(es) y a su personal, así como a mi(s) aseguradora(s) médica(s) y a la farmacia especializada que despachará mi receta (la "Farmacia"), a transmitir mi nombre (y el nombre de mi cuidador, si corresponde), mi género, mi fecha de nacimiento, mis datos de contacto y los datos que se indican a continuación (en conjunto, los "Datos Médicos") a Jazz Pharmaceuticals (incluidas sus filiales y proveedores de servicios que actúen como procesadores de datos; colectivamente "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para los fines de cualquier actividad o programa de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, entre ellos el programa JazzCares®:

- Datos relativos a mi tratamiento con productos de Jazz Pharmaceuticals, incluidos los diagnósticos y recetas de interés; y
- Datos relativos a las coberturas de mi seguro médico, incluidos los deducibles y los gastos de bolsillo.

Sé que Jazz Pharmaceuticals usará y transmitirá (y autorizo que lo haga) a terceros mis Datos Médicos que reciba a raíz de este formulario con los fines que se indican a continuación:

- ejecutar y administrar (incluida mi inscripción y el mantenimiento de mi participación) el programa JazzCares® o cualquier otra actividad o servicio de apoyo a pacientes asociado con Jazz relacionado con mi enfermedad o tratamiento;
- verificar, indagar, coordinar y resolver consultas sobre coberturas de seguro o reembolsos y pagos por productos de Jazz Pharmaceuticals;
- coordinar mi recepción de productos de Jazz Pharmaceuticals y mi pago por ellos;
- comunicarse conmigo acerca de cualquier programa y actividad de apoyo al paciente auspiciado por Jazz, incluido el programa JazzCares® (lo cual podría incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi tratamiento o mi problema médico u oportunidades de participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas);
- comunicarse con organizaciones de pacientes o con programas de apoyo a pacientes o de ayuda para los copagos o programas semejantes y darles mis Datos Médicos con vistas a determinar si cumpla los requisitos de inscripción y cobertura;
- desidentificar mis Datos Médicos agregándolos para fines de investigación;
- gestionar los programas y actividades de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®, y los propósitos administrativos que sostienen dichos servicios y programas.

Sé que Jazz Pharmaceuticals no venderá a terceros mis Datos Médicos, pero sí podría transmitirlos a sus filiales y proveedores de servicios con los fines descritos en este formulario. También estoy consciente de que, si no doy mi consentimiento para el uso de mis Datos Médicos con los fines antes mencionados, no podré participar en programas y actividades de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®.

Sé y autorizo que, mediante los datos de contacto que se le hayan dado, Jazz Pharmaceuticals se comunicará conmigo por diversos medios (correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o mensajes de texto/SMS) a fin de gestionar y administrar cualquier servicio de apoyo a pacientes auspiciado por Jazz (por ejemplo, el programa JazzCares®) y para inscribirme en dicho servicio, a menos que rechace estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals a través de los datos de contacto que figuran más adelante. Sé que la gestión y administración de algunos de esos servicios y programas podría exigir que Jazz se comunique conmigo por teléfono o mensajes de texto/SMS.

Sé que Jazz Pharmaceuticals podría comunicar a mi(s) prescriptor(es) y su personal, a mi(s) aseguradora(s) médica(s) o a la Farmacia cualquier Dato Médico mío que Jazz Pharmaceuticals cree o reciba. Sé que mi(s) aseguradora(s) médica(s), la Farmacia y terceros proveedores podrían recibir una remuneración (pago) a cambio de transmitir mis Datos Médicos a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares®, sus filiales y proveedores de servicios que actúen como procesadores de datos) y/o por brindarme los servicios de apoyo con los fines antes descritos.

Sé que una vez que mis Datos Médicos se hayan transmitido a Jazz Pharmaceuticals podrían perder el amparo de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA). No obstante, Jazz Pharmaceuticals no transmitirá mis Datos Médicos a terceros que no tengan relación con los programas de apoyo a pacientes (por ejemplo, familiares o amigos) salvo que yo autorice específicamente a Jazz para hacerlo. Si solicito que mis Datos Médicos se transmitan a una persona o entidad ajena a Jazz Pharmaceuticals, sé que el receptor podría no estar obligado a cumplir la HIPAA u otras leyes sobre privacidad y podría transmitir a terceros los Datos Médicos.

II. Ausencia de repercusiones sobre el tratamiento

Sé que puedo negarme a firmar este formulario y que esa negativa no afectará el tratamiento que me brindan mi(s) prescriptor(es), su personal, mi(s) aseguradora(s) médica(s) y la Farmacia, ni afectará mi inscripción en seguros médicos o mi elegibilidad para recibir beneficios del seguro médico a los que tenga derecho.

III. Vencimiento, derecho a obtener copias y derecho de revocación

Este formulario mantendrá su validez mientras yo siga inscrito en programas de apoyo a pacientes y actividades auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®, salvo que la legislación estatal exija un plazo menor.

Sé que el programa podría modificarse o cancelarse en cualquier momento y sin previo aviso. Sé que puedo pedir una copia de este formulario que queda archivado en Jazz. Sé también que puedo retirar mi consentimiento al procesamiento de mis Datos Médicos para los fines antes citados y revocar este formulario en todo momento enviando mi petición a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 5490, Louisville, KY 40255; o por fax al 1-855-518-7566. Si lo hago, dejaré de cumplir los requisitos para participar en programas y actividades de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®.

Sé que si revoco este formulario, la revocación no afectará el uso o la transmisión de mis Datos Médicos que ya se hayan producido con base en este formulario.

IV. Más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals

En <https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/jazz-pharmaceuticals-privacy-center> puede consultar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals. Si usted reside en California, en el sitio web <https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/jazz-pharmaceuticals-privacy-policy-supplemental-notice-for-california-consumers> encontrará también una descripción de los Datos Médicos que recopila Jazz Pharmaceuticals y de los derechos que usted tiene según la Ley Californiana sobre Privacidad de los Consumidores (*California Consumer Privacy Act*).