

**Instrucciones para los Prescriptores:**

1. Revise y complete las páginas 1 y 2 para iniciar la inscripción para su paciente.
2. Envíe por fax a EveryDay Support From Day One al **855-332-9663** o por correo electrónico a **info@everydaysupport.com**.

**Los prescriptores deben completar las secciones en azul**

**Instrucciones para los Pacientes:** Complete la sección de Información del Paciente a continuación, revise la sección de Autorización del Paciente en las páginas 3 y 4, y proporcione su consentimiento de una de las siguientes maneras:

1. Visite **www.everydaysupport.com/es/consent**.
2. Firme la página 4 y envíela por correo electrónico a **info@everydaysupport.com**.
3. Rellene y firme el formulario con su médico. Su médico presentará las 4 páginas.

**Los pacientes deben revisar y completar las secciones en amarillo**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (A rellenar por el prescriptor o el paciente)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idioma Principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal del Paciente: \_\_\_\_\_  
 N.º de Casa/Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico del Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
 N.º de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
 Cuidador Alternativo: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 N.º de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

El paciente no tiene seguro

**Adjunte copias del anverso y reverso de la(s) tarjeta(s) de seguro** o rellene todos los campos correspondientes a continuación.

**SEGURO PRINCIPAL**

**SEGURO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS**

NOMBRE DEL PLAN		
N.º DE ID DEL PLAN/PÓLIZA		
N.º DE GRUPO		
Rx BIN		
Rx PCN		
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
N.º DE SERVICIO AL CLIENTE		

**INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 N.º de NPI del Prescriptor: \_\_\_\_\_ Nombre del Centro: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Centro: \_\_\_\_\_  
 N.º de Suite/Consultorio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Contacto en el Consultorio: \_\_\_\_\_ Cargo de Contacto en el Consultorio: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico del Consultorio: \_\_\_\_\_  
 N.º de Teléfono del Consultorio: \_\_\_\_\_ N.º de Fax del Consultorio: \_\_\_\_\_  
 Preferencia de Farmacia Especializada Dentro de la Red:  Biologics  Onco360  Sin preferencia

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Prescriptor: \_\_\_\_\_ Apellido del Prescriptor: \_\_\_\_\_ N.º del NPI: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Código(s) Principal(es) de ICD-10-CM: \_\_\_\_\_ Superficie Corporal (BSA) del Paciente: \_\_\_\_\_

Altura del Paciente: \_\_\_\_\_  pulg  cm Peso del Paciente: \_\_\_\_\_  lb  kg Fecha de la Medición: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACIÓN Y FIRMA DE LA RECETA**

**OJEMDA™ (tovorafenib) (Dosis recomendada: 380 mg/m<sup>2</sup>/una vez a la semana)**

Notas de la receta:

- Se recomienda que los pacientes con un BSA ≤0.89 m<sup>2</sup> reciban una suspensión oral
- Para los pacientes con un BSA ≥0.90 m<sup>2</sup> que requieren suspensión oral, utilice la línea "otro" en la sección de suspensión oral

**COMPLETE LAS RECETAS A CONTINUACIÓN O INDIQUE SI SE HA ENVIADO UNA RECETA ELECTRÓNICA**

**PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA DE MANTENIMIENTO**

Receta enviada a: \_\_\_\_\_ (nombre de la farmacia). Si está marcada, omita los campos de prescripción siguientes.

**OJEMDA 25 mg/mL Suspensión Oral (BSA de 0.30 m<sup>2</sup> a 0.89 m<sup>2</sup>)**

- BSA de 0.30 m<sup>2</sup> a 0.35 m<sup>2</sup>: Tome 5 mL (125 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.36 m<sup>2</sup> a 0.42 m<sup>2</sup>: Tome 6 mL (150 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.43 m<sup>2</sup> a 0.48 m<sup>2</sup>: Tome 7 mL (175 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.49 m<sup>2</sup> a 0.54 m<sup>2</sup>: Tome 8 mL (200 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.55 m<sup>2</sup> a 0.63 m<sup>2</sup>: Tome 9 mL (225 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.64 m<sup>2</sup> a 0.77 m<sup>2</sup>: Tome 11 mL (275 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.78 m<sup>2</sup> a 0.83 m<sup>2</sup>: Tome 12 mL (300 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.84 m<sup>2</sup> a 0.89 m<sup>2</sup>: Tome 14 mL (350 mg) por vía oral una vez a la semana
- Otro: BSA de \_\_\_\_ m<sup>2</sup>: Tome \_\_\_\_ mL (\_\_\_\_ mg) por vía oral una vez a la semana

**Comprimidos OJEMDA (BSA de ≥0.90 m<sup>2</sup>)**

Cada comprimido contiene 100 mg

- BSA de 0.90 m<sup>2</sup> a 1.12 m<sup>2</sup>: Tomar 400 mg por vía oral una vez a la semana
- BSA de 1.13 m<sup>2</sup> a 1.39 m<sup>2</sup>: Tomar 500 mg por vía oral una vez a la semana
- BSA de ≥1.40 m<sup>2</sup>: Tomar 600 mg por vía oral una vez a la semana
- Otro: BSA de \_\_\_\_ m<sup>2</sup>: Tome \_\_\_\_ mg por vía oral una vez a la semana

**Dispense la cantidad necesaria para 28 días con \_\_\_\_\_ resurtidos.**

**PRESCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA QUICKSTART (en caso de haber retraso en la cobertura)**

**El paciente debe tener un diagnóstico coherente con la indicación aprobada por la FDA.**

Receta enviada a RareMed Solutions (NPI #: 1043877996). Si está marcada, omita los campos de prescripción siguientes.

**OJEMDA 25 mg/mL Suspensión Oral (BSA de 0.30 m<sup>2</sup> a 0.89 m<sup>2</sup>)**

- BSA de 0.30 m<sup>2</sup> a 0.35 m<sup>2</sup>: Tome 5 mL (125 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.36 m<sup>2</sup> a 0.42 m<sup>2</sup>: Tome 6 mL (150 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.43 m<sup>2</sup> a 0.48 m<sup>2</sup>: Tome 7 mL (175 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.49 m<sup>2</sup> a 0.54 m<sup>2</sup>: Tome 8 mL (200 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.55 m<sup>2</sup> a 0.63 m<sup>2</sup>: Tome 9 mL (225 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.64 m<sup>2</sup> a 0.77 m<sup>2</sup>: Tome 11 mL (275 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.78 m<sup>2</sup> a 0.83 m<sup>2</sup>: Tome 12 mL (300 mg) por vía oral una vez a la semana
- BSA de 0.84 m<sup>2</sup> a 0.89 m<sup>2</sup>: Tome 14 mL (350 mg) por vía oral una vez a la semana
- Otro: BSA de \_\_\_\_ m<sup>2</sup>: Tome \_\_\_\_ mL (\_\_\_\_ mg) por vía oral una vez a la semana

**Comprimidos OJEMDA (BSA de ≥0.90 m<sup>2</sup>)**

Cada comprimido contiene 100 mg

- BSA de 0.90 m<sup>2</sup> a 1.12 m<sup>2</sup>: Tomar 400 mg por vía oral una vez a la semana
- BSA de 1.13 m<sup>2</sup> a 1.39 m<sup>2</sup>: Tomar 500 mg por vía oral una vez a la semana
- BSA de ≥1.40 m<sup>2</sup>: Tomar 600 mg por vía oral una vez a la semana
- Otro: BSA de \_\_\_\_ m<sup>2</sup>: Tome \_\_\_\_ mg por vía oral una vez a la semana

**Dispense la cantidad necesaria para hasta 28 días como máximo con resurtidos de PRN (según sea necesario) de acuerdo con las reglas del programa.**

Mi firma certifica que la persona designada en este formulario es mi paciente, que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender, y que la terapia con OJEMDA™ (tovorafenib) es médicamente necesaria. Certifico que he obtenido la autorización de mi paciente de acuerdo con todas las leyes estatales y federales de aplicación para divulgar la información médica de identificación individual incluida en este formulario al programa de Soporte a Pacientes EveryDay Support From Day One ("Programa") de Day One Biopharmaceuticals, Inc. ("Day One") y comprendo que la información que incluyo en este formulario se usará con el propósito de verificar el seguro de mi paciente, determinar la elegibilidad para las ofertas del Programa y comunicarse con mi paciente con respecto al soporte del Programa. Autorizo al Programa a transmitir la receta anterior a una farmacia especializada para mi paciente. Comprendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de Day One y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Day One por hacerlo. No solicitaré el reembolso de ningún pagador independiente, paciente ni ninguna otra persona o entidad por ningún producto entregado sin cargo por el Programa. Certifico que no estoy incluido en la Lista de Personas/Entidades Excluidas de HHS/OIG (LEIE).

**Firme aquí** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del Prescriptor Fecha  
**Nota Especial: El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos del estado. Los prescriptores de Nueva York deben utilizar un formulario de prescripción original del estado de Nueva York.**

FDA=Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.; HHS=Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación Clínica; NPI=Identificador Nacional del Proveedor; OIG=Oficina del Inspector General.



Escanee el código QR o visite [www.everydaysupport.com/es/consent](http://www.everydaysupport.com/es/consent) para presentar la Autorización del Paciente en línea o complete el formulario a continuación.

### AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Para Divulgación de Información de Salud Personal, Participación en Programas y Materiales de Marketing

Al firmar a continuación, me inscribo en el programa de soporte a pacientes EveryDay Support From Day One (el “Programa”). Autorizo a Day One Biopharmaceuticals, Inc., sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (“Day One Biopharmaceuticals”) a proporcionar los servicios del Programa para los que soy elegible, que pueden incluir educación sobre enfermedades y medicamentos, comunicaciones sobre medicamentos y cumplimiento y servicios de soporte relacionados, que incluyen el surtido de medicamentos, cobertura de seguro y asistencia financiera. Si soy elegible, acepto mi inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos. Autorizo al Programa a utilizar mi información e información de otras fuentes para estimar mis ingresos, si es necesario, para evaluar la elegibilidad para los programas de asistencia financiera. Si se solicita, el Programa me proporcionará el nombre y dirección de las agencias de informes del consumidor que haya generado un informe.

Comprendo que Day One Biopharmaceuticals, con mi autorización, puede usar y compartir mi información con mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de seguro de salud, para proporcionar los servicios del Programa o según sea necesario para cumplir con sus obligaciones legales. Autorizo a Day One Biopharmaceuticals a contactarme por correo, teléfono y correo electrónico (y por mensaje de texto si otorgo mi consentimiento a continuación) con respecto al Programa y compartir información sobre los productos, promociones, servicios o estudios de investigación de Day One Biopharmaceuticals, y este contacto puede incluir encuestas sobre tal información o el Programa. Asimismo autorizo a Day One Biopharmaceuticals a anonimizar mi información para usarla en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios y estudios de marketing o con otros fines. Este marketing puede basarse en la información que proporcione, incluida la información de salud que se compartió anteriormente. Comprendo que esta Autorización caduca dentro de diez años de la fecha de firma a continuación, o antes conforme a la ley de aplicación, a menos que la revoque antes. Comprendo que puedo recibir una copia de esta Autorización. Comprendo que no tengo la obligación de inscribirme en el Programa, y si no me inscribo aún puedo recibir mis medicamentos recetados por mi médico. Comprendo que puedo elegir no recibir los servicios individuales del Programa, las comunicaciones de marketing o el Programa completo en cualquier momento mediante una notificación al Programa al 855-332-9663 o mediante una comunicación escrita a EveryDay Support From Day One a PO Box 15711, Pittsburgh, PA 15244.

### AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud a usar y divulgar a Day One Biopharmaceuticals, Inc., sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, “Day One Biopharmaceuticals”) mi información de salud, incluida la información sobre mi afección y tratamiento, seguro de salud y reclamos, y recetas (“mi Información”) para permitir mi participación en el programa de soporte al paciente EveryDay Support From Day One (el “Programa”).

Continúa en la página siguiente

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)**

Una vez que se haya divulgado mi Información, comprendo que las leyes de privacidad ya no la protegerán contra una divulgación posterior, pero Day One Biopharmaceuticals solo la usará o divulgará de acuerdo con mi autorización o según lo autorice la ley. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, reconozco el riesgo asociado con la comunicación de información personal de salud por correo electrónico y comprendo que Day One Biopharmaceuticals usará métodos seguros para el almacenamiento y transmisión. Comprendo que la farmacia que dispensa mis medicamentos puede recibir un pago de Day One Biopharmaceuticals a cambio de mi información o por brindar los servicios de soporte del Programa. Comprendo que puedo decidir no firmar esta Autorización, y tal decisión no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento médico o medicamentos de mis proveedores de atención médica ni mi elegibilidad para los beneficios del seguro de salud. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no seré elegible para el Programa. Comprendo que esta Autorización caduca dentro de diez años de la fecha de firma a continuación, o antes conforme a la ley de aplicación, a menos que la revoque antes. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una llamada a 855-DAY1-BIO o mediante una notificación por escrito a EveryDay Support From Day One a PO Box 15711, Pittsburgh, PA 15244. Revocar esta Autorización finalizará el uso y divulgación de mi Información en el futuro y mi participación en el Programa, pero no afectará el uso o divulgación de mi Información con anterioridad a esta revocación efectiva. Comprendo que puedo solicitar una copia firmada de esta Autorización.

Al marcar esta casilla, certifico que **expresamente otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto** con respecto a las actualizaciones en la inscripción y alertas de EveryDay Support From Day One en el número de teléfono móvil que proporcioné, y acepto notificar a EveryDay Support From Day One de inmediato si cambia mi número. Comprendo que la frecuencia de mensajes varía por usuario y pueden aplicarse tarifas de datos o de mensajes de texto de mi proveedor de servicios inalámbricos. Comprendo que puedo elegir cancelar la recepción de mensajes de texto en el futuro en cualquier momento si envío un mensaje de texto con la palabra STOP al 855-329-1246 desde mi teléfono móvil o la palabra HELP para obtener asistencia adicional. Si esta casilla se deja sin marcar, comprendo que no recibiré mensajes de texto. Puede encontrar los términos de uso y la política de privacidad completa en [www.dayonebio.com/privacy](http://www.dayonebio.com/privacy).

Mi firma certifica que he leído, entendido y aceptado que se divulgue y use mi información personal conforme a la Autorización para Usar y Divulgar Información Personal y según lo establecido de otro modo en este formulario.

Nombre del Prescriptor: \_\_\_\_\_ Apellido del Prescriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Apellido del Tutor Legal: \_\_\_\_\_

**Firme aquí**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal (si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

 855-DAY1-BIO/855-329-1246

 855-332-9663

 De lunes a viernes, de 8 AM a 8 PM, hora del Este

 [www.everydaysupport.com](http://www.everydaysupport.com)