

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Recuerde que para participar en el programa Compassionate Care debe notificarnos de inmediato al (855) 541-5926 si obtiene un seguro de algún plan de seguros privado o del gobierno.

NOMBRE		APELLIDO		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Al darnos su dirección de correo electrónico, acepta recibir otros correos del programa Compassionate Care. CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONO DE SU CASA		TELÉFONO MÓVIL		
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO <input type="checkbox"/> Teléfono de su casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		PAÍS		
Indique si usted o su pareja se encuentran en servicio activo o si son veteranos o jubilados de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí (indique la rama): _____ <input type="checkbox"/> No				
Indique sus fechas de actividad. Desde _____ Hasta _____ (Mes/Día/Año)				

ENVÍE POR FAX O POR CORREO POSTAL SU FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS A:

Fax: (919) 415-2870 Correo postal: The Compassionate Care Program • 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300 • Morrisville, NC 27560

Necesitaremos saber el ingreso anual ajustado de todos en la casa. Se aceptan los siguientes documentos de ingresos para validar su ingreso:

Formulario 1040 Formulario 1040, parejas casadas que presentan en formulario por separado (MFS) (Cada cónyuge debe presentar un formulario).
 Formulario 1040A Formulario 1040A (MFS)
 Formulario 1040EZ Formulario 1099

¿Cuántas personas viven en su casa?

FIRMA Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Fax: (919) 415-2870 Correo postal: Compassionate Care Program • 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300 • Morrisville, NC 27560

Mi firma a continuación certifica que he completado todas las secciones anteriores en su totalidad, de forma precisa, a mi leal saber y entender, y que he leído, entendido y aceptado los términos de este formulario de inscripción y la Autorización para usar y divulgar información médica y otra información personal. Si me encuentro en servicio activo o soy jubilado de las Fuerzas Armadas, me comprometo a informar al programa Compassionate Care si, en cualquier momento, obtengo la cobertura de algún seguro privado para el tratamiento de la infertilidad. Si no me encuentro en servicio activo ni soy jubilado de las Fuerzas Armadas, me comprometo a informar al programa Compassionate Care si, en cualquier momento, obtengo la cobertura de algún seguro para el tratamiento de la infertilidad. Ninguna unidad de producto recibida durante este programa ni ningún gasto médico relacionado con mi tratamiento de fertilidad serán enviados para reembolso a Medicare, Medicaid, TRICARE, Departamento de Asuntos de Veteranos, Departamento de Defensa, ni a ningún tercero de naturaleza pública o privada, ni se devolverá a cambio de crédito.

Recuerde que para participar en el programa Compassionate Care, tal como se indicó anteriormente debe notificarnos de inmediato al (855) 541-5926 si obtiene la cobertura de algún plan de seguros privado o gubernamental.

FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	---------------------	-------

CONTACTO EN EL CENTRO ART O NOMBRE DEL SITIO:

Si corresponde, suministre una dirección de correo electrónico de la persona que administra el programa Compassionate Care en su Centro de Reproducción Asistida (Centro ART).

CENTRO ART	CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO
Para recibir asistencia o información adicional, llame al (855) 541-5926, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (EST).	

Autorización para usar y divulgar información médica y otra información personal

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Teléfono de su casa _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Autorizo a mi médico y a su personal a que divulguen mi información médica y otra información personal, como la información en este formulario, entre otras, a EMD Serono, Inc. y a sus agentes y representantes, incluso a cualquier compañía que ayude a administrar el programa Compassionate Care de EMD Serono (colectivamente "EMD Serono") de manera que EMD Serono pueda utilizar y divulgar también mi información a proveedores de atención médica, farmacias, compañías de seguro, planes de medicamentos recetados y a otros terceros pagadores (colectivamente, "Terceros") a fin de:

- (1) contactarme por correo postal, correo electrónico y/o teléfono para asuntos relacionados con la inscripción y administración del programa Compassionate Care de EMD Serono;
- (2) proporcionarme materiales relacionados con el programa Compassionate Care de EMD Serono;
- (3) verificar la exactitud de la información que proporciono y la de mi solicitud para el programa Compassionate Care de EMD Serono;
- (4) llevar a cabo encuestas para medir mi satisfacción con el programa Compassionate Care de EMD Serono.

Además, autorizo a los terceros a que divulguen mi información médica y otra información personal que posean sobre mí a EMD Serono para ayudar a EMD Serono a lograr los objetivos mencionados anteriormente.

Comprendo que una vez que mi información haya sido divulgada según lo permite esta autorización, no existe garantía de que no sea divulgada a otro tercero. Sin embargo, comprendo que EMD Serono no divulgará mi información a ningún tercero, excepto los incluidos en esta autorización o según lo permita la ley aplicable, sin antes obtener mi consentimiento (o el de mi representante autorizado) por escrito y por separado.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi capacidad para recibir productos de EMD Serono, pero sí limitará mi participación en el programa Compassionate Care de EMD Serono.

Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia de diez años desde la fecha en que la firme, a menos que la revoque antes poniéndome en contacto con EMD Serono o sus representantes por escrito a través de correo postal a 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560, o por fax al (919) 415-2870. Si revoco esta autorización, EMD Serono dejará de utilizar y divulgar mi información tan pronto como sea posible, pero la revocación no afectará el uso ni la divulgación previos de mi información en conformidad con esta autorización.

Comprendo que los servicios prestados por EMD Serono descritos en esta autorización pueden cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

También comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente (o representante personal): _____ Fecha ___/___/___

Autoridad/vínculo del representante personal (si corresponde): _____

Firma del paciente (o representante personal): _____ Fecha ___/___/___

Autoridad/vínculo del representante personal (si corresponde): _____

EL PACIENTE DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y ENVIAR POR CORREO O FAX AMBAS PÁGINAS