

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TEZSPIRE® (tezepelumab-ekko)



ENVÍE EL FORMULARIO
COMPLETADO POR FAX
AL 1-888-388-6016

COMPLETE TODO EL FORMULARIO, A MENOS QUE UNA PARTE SE INDIQUE COMO OPCIONAL.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ESCRIBA EL NOMBRE EXACTAMENTE COMO APARECE EN LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO.

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No especificado

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

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Móvil

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español

Padre/madre/tutor legal o representante legal (obligatorio si el paciente es menor de edad)

Nombre completo: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

OPCIONAL: PROGRAMA FAST START ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE.

El programa TEZSPIRE Fast Start está disponible para los pacientes a los que se haya recetado recientemente TEZSPIRE y que tengan un seguro **comercial o privado**, incluidos los planes estatales y federales comúnmente denominados “planes de intercambio de atención médica”. Este programa ayuda a los pacientes elegibles a obtener TEZSPIRE, y al mismo tiempo garantiza la cobertura hasta los límites del programa.

☐ Al marcar esta casilla, indico que he leído, entiendo y acepto los Términos y Condiciones del programa Fast Start en la página 6 y deseo inscribirme en el programa Fast Start.

También debe seleccionar “Otorgo mi consentimiento” y firmar a continuación para participar en el programa Fast Start.

OPCIONAL: PROGRAMA DE COPAGO



ESCANEE el código QR o visite [Tezspire.com](https://tezspire.com) para la inscripción en el programa de copago TEZSPIRE Together para pacientes con seguro comercial.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE.

CONSENTIMIENTO SEGÚN LAS LEYES ESTATALES DE LOS EE. UU. PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS RELACIONADOS CON LA SALUD

I. Consentimiento para el tratamiento de datos relacionados con la salud para TEZSPIRE Together

Lea el **Consentimiento para el tratamiento de datos relacionados con la salud** para TEZSPIRE Together en la página 4 y luego seleccione una de las respuestas a continuación.

NOTA: Seleccione “Otorgo mi consentimiento” para continuar con la inscripción. Si selecciona “No otorgo mi consentimiento”, no podrá continuar con la inscripción en el programa TEZSPIRE Together.

☐ **Otorgo mi consentimiento** para la recopilación, el tratamiento y la divulgación de mis datos relacionados con la salud para los fines estipulados en la página 5.

☐ **No otorgo mi consentimiento** para la recopilación, el tratamiento y la divulgación de mis datos relacionados con la salud para los fines estipulados en la página 5.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE.

He leído y acepto la autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida que figura en las páginas 4 y 5.

NOTA: El representante legal debe firmar si el paciente es menor de 18 años.



Firma del paciente (o del representante legal)



Nombre del paciente (o del representante legal)



Fecha MM/DD/AAAA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TEZSPIRE® (tezepelumab-ekko)



ENVÍE EL FORMULARIO
COMPLETADO POR FAX
AL 1-888-388-6016

MÉTODO DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DEL DISPOSITIVO

SELECCIONE UNA OPCIÓN

☐ Jeringa precargada

☐ Pluma precargada

¿QUÉ DISPOSITIVO TEZSPIRE PREFIERE?

¿CÓMO PREFIERE OBTENER TEZSPIRE?

¿DÓNDE SE ADMINISTRARÁ TEZSPIRE?

0

☐ Comprar y facturar (Buy & Bill) (beneficio médico)

☐ Farmacia especializada (farmacia y beneficios médicos)

0

☐ Consultorio del HCP

☐ Centro de inyección alternativo

Farmacia especializada (beneficio farmacéutico)

Administrado por el paciente

NOTA: Si el dispositivo seleccionado no está cubierto por el primer beneficio, TEZSPIRE Together realizará una verificación de beneficios para el segundo tipo de beneficio. Las solicitudes que requieran el servicio de farmacia especializada se enviarán a **las farmacias de ASPN*** para su procesamiento y seguimiento.

*Amgen, el fabricante de TEZSPIRE, ha firmado un contrato con las farmacias ASPN para brindar servicios de apoyo al paciente después de que se le haya recetado TEZSPIRE.

Centro de inyección alternativo (obligatorio si se seleccionó anteriormente)

Nombre del centro:

Número NPI del centro:

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿QUÉ TIPO DE SEGURO MÉDICO TIENE SU PACIENTE?

☐ Seguro comercial o privado ☐ Proporcionado por el gobierno (p. ej., Medicare/Medicaid/TRICARE) ☐ Sin seguro médico

NOTA: TEZSPIRE Together trabajará para identificar la información del seguro farmacéutico del paciente.

	OBLIGATORIO	OPCIONAL
	Seguro médico primario	Seguro médico secundario
Proveedor de seguro médico		
Teléfono del seguro		
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)		
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta		
No. de póliza		
No. de grupo		



Si su paciente no tiene seguro médico o tiene un seguro insuficiente, puede llamar **al 1-888-897-7473** para ver si puede calificar para recibir asistencia a través del programa de asistencia al paciente TEZSPIRE.



Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro que tenga registradas.

Al completar y presentar este formulario, usted declara que su paciente ha solicitado y autorizado la divulgación de su información médica personal a Amgen y AstraZeneca y sus agentes para que Amgen y AstraZeneca puedan prestar al paciente los servicios de apoyo al paciente descritos en este párrafo. Usted declara que le ha explicado al paciente, y que el paciente ha indicado que entiende y ha dado su consentimiento para lo siguiente: 1) Amgen y AstraZeneca y sus agentes usarán el nombre, la fecha de nacimiento, la información de contacto, las recetas y otra información médica necesaria del paciente que se indica en este formulario para servicios de reembolso relacionados con esta receta, e incluso para verificar los beneficios de su seguro y contactar al paciente directamente para la administración de estos servicios de apoyo para el paciente; 2) Amgen y AstraZeneca después divulgarán información personal del paciente a las aseguradoras mencionadas en este formulario con los mismos fines; 3) el paciente puede retirar su consentimiento al comunicarse con Amgen y AstraZeneca al 1(888) 897-7473 o visitar <http://www.amgen.com/DataSubjectRights>, pero si el paciente no acepta estos usos y divulgaciones, o retira su consentimiento para ellos, no podrá recibir estos servicios de apoyo al paciente para este medicamento que necesariamente requiere que Amgen y AstraZeneca procesen la información personal del paciente; y 4) el paciente puede consultar más detalles sobre el aviso de privacidad de Amgen y AstraZeneca en <https://privacy-amgenandaz.astrazeneca.com>.

Si necesita más ayuda, LLAME AL 1-888-TZSPIRE (1-888-897-7473), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TEZSPIRE® (tezepelumab-ekko)



ENVÍE EL FORMULARIO
COMPLETADO POR FAX
AL 1-888-388-6016

CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO (CÓDIGO ICD-10-CM)



NO ADJUNTE NOTAS CLÍNICAS

Asma grave no controlada (SUA)

- ☐ **J45.50** Asma persistente grave, sin complicaciones
☐ **J45.51** Asma persistente grave, con exacerbación (aguda)
☐ **J45.5** Asma persistente grave

Indique las alergias conocidas a medicamentos.

- ☐ Alergias conocidas a medicamentos: _____
☐ Sin alergias conocidas a medicamentos.

Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP)

- ☐ **J33.0** Pólipo de la cavidad nasal
☐ **J33.1** Degeneración polipoide del seno
☐ **J33.8** Otros pólipos de senos
☐ **J33.9** Pólipo nasal, no especificado

- ☐ Otro código ICD-10-CM: _____
☐ Medicamentos concomitantes: _____

NOTA: NO se requieren notas clínicas y documentos adicionales para que proporcionemos los servicios solicitados. El envío de documentación clínica a TEZSPIRE Together podría retrasar nuestro tiempo de respuesta a su consultorio. NO proporcione nada además de la información solicitada en este Formulario de inscripción.

INFORMACIÓN DE LA RECETA NECESARIA PARA EL SERVICIO DE FARMACIA ESPECIALIZADA.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE TODOS LOS CAMPOS DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE SON OBLIGATORIOS.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

RECETA DE TEZSPIRE (TEZEPELUMAB-EKKO)

Complete esta receta para enviarla a una farmacia especializada.

TEZSPIRE (tezepelumab-ekko) 210 mg/1.91 ml (110 mg/ml)

- ☐ **Jeringa precargada** (NDC: 55513-0112-01) **0** ☐ **Pluma precargada** (NDC: 55513-0123-01)

SIG: Inyectar 210 mg (1 jeringa precargada) por vía subcutánea cada 4 semanas

SIG: Inyectar 210 mg (1 pluma precargada) por vía subcutánea cada 4 semanas

Reposiciones: _____

Cantidad: 1

OPCIONAL: RECETA DE FAST START

Complete esta sección si su paciente, que reúne los requisitos para recibir un seguro comercial, se inscribe en el programa Fast Start. Consulte la página 1 para obtener más detalles sobre el programa.

TEZSPIRE (tezepelumab-ekko) 210 mg/1.91 ml (110 mg/ml)

- ☐ **Jeringa precargada** (NDC: 55513-0112-01) **0** ☐ **Pluma precargada** (NDC: 55513-0123-01)

SIG: Inyectar 210 mg (1 jeringa precargada) por vía subcutánea cada 4 semanas

SIG: Inyectar 210 mg (1 pluma precargada) por vía subcutánea cada 4 semanas

Reposiciones: 11

Cantidad: 1

Especialidad preferida Farmacia (opcional): _____

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS MARCADOS CON UN ASTERISCO (*).

Nombre completo del prescriptor: _____ Nombre del contacto del consultorio: _____

No. de identificación fiscal: _____ Nombre consultorio o clínica: _____

No. de NPI del prescriptor: _____ No. de licencia estatal del prescriptor: _____

No. de NPI del centro o grupo: _____ Calle: _____

No. de proveedor de Medicare (PTAN): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No. de proveedor de Medicaid: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____ Fax: _____

Autorizo a Amgen, Inc., sus filiales, agentes y contratistas (colectivamente "Amgen") a transmitir la anterior receta por cualquier medio permitido por las leyes aplicables a la farmacia especializada preferida (indicada anteriormente) para mi paciente, a menos que el pagador del paciente exija una farmacia especializada diferente para mi paciente.

Certificación del prescriptor: Si TEZSPIRE se envía a mi consultorio, lo aceptaré en nombre de mi paciente para su administración en el consultorio. Cumpliré con los requisitos de prescripción específicos de mi estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el idioma del fax, etc. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría dar lugar a que se me envíe una notificación.

Al firmar a continuación, certifico como profesional de la salud con licencia que el paciente nombrado en este formulario tiene o ha tenido un diagnóstico para una indicación de TEZSPIRE aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Asimismo, certifico que esta es mi firma legal.

CA, MA, NC y PR: El intercambio es obligatorio, a menos que el prescriptor escriba las palabras "Sin sustitución": _____

Proveedores de NY e IA: Deben enviar la receta electrónica.



Firma del prescriptor (Dispensar según se indica)



Fecha MM/DD/AAAA



Firma del prescriptor (Se permite sustitución)



Fecha MM/DD/AAAA

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Lea atentamente lo que sigue y, después, escriba la fecha y firme donde se indica en la página 1.

I. Usos y divulgación de información protegida de salud

Autorizo a Amgen, AstraZeneca Pharmaceuticals LP y a sus responsables del tratamiento de datos (colectivamente "Amgen y AstraZeneca") a recopilar, usar y divulgar mi información protegida de salud para los siguientes fines:

- Para operar, administrar, inscribirme y/o continuar con mi participación en el programa TEZSPIRE Together de Amgen y AstraZeneca o cualquier otro servicio de apoyo al paciente de Amgen y AstraZeneca y actividades relacionadas con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, programas de asistencia de reembolsos, verificación de cobertura de medicamentos, servicios de educadores enfermeros, programa de cumplimiento y apoyo para el manejo de enfermedades).
- Para contactar, con mi permiso, a mi médico y al resto de mi equipo de atención médica y compartir con ellos información de mi salud que pueda ser útil para mi cuidado.
- Para mejorar, desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y programas de Amgen y AstraZeneca relacionados con mi afección o tratamiento.

A fin de que Amgen y AstraZeneca puedan proporcionarme los servicios y/o programas antes descritos, Amgen y AstraZeneca necesitan recopilar y usar mi información personal, incluida mi información protegida de salud. Entiendo que mi información protegida de salud puede incluir cualquier información, en formato electrónico o físico, en posesión de o que se derive de un proveedor de atención médica, plan de salud, farmacia, compañía farmacéutica, laboratorio y/o su contratista (cada uno de ellos, un "Proveedor de atención médica"). Eso puede incluir información seleccionada de o acerca de mi historial médico y salud en general, los beneficios de mi plan de atención médica, los límites o restricciones de pago cubiertos por la póliza de mi plan de atención médica y/o mi cumplimiento de mi tratamiento.

Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar mi información protegida de salud a Amgen y AstraZeneca y a hacerlo entre ellos, según sea necesario, pero solo para los fines antes estipulados en esta autorización. Entiendo que algunos de mis proveedores de atención médica (como farmacias y farmacias especializadas) pueden recibir remuneración de Amgen y AstraZeneca a cambio de la divulgación de mi información protegida de salud y/o por usar mi información para notificarme acerca de productos de Amgen y AstraZeneca que me hayan recetado (por ejemplo, programas de recordatorios de medicamentos y otros servicios de apoyo al paciente).

II. Vencimiento, derecho a obtener una copia y derecho a cancelar

Entiendo que al firmar este formulario autorizo a mis proveedores de atención médica o a otras personas que podrían tener en su poder información sobre mi salud a que la divulguen a Amgen y AstraZeneca. Además, entiendo que autorizo que mi información personal, incluida mi información protegida de salud, se utilice para los fines antes descritos. Entiendo y acepto que, al firmar a continuación, autorizo a quienes se basen en esta autorización a divulgar mi información protegida de salud durante el plazo de cinco (5) años o hasta que finalice mi participación en TEZSPIRE Together de Amgen y AstraZeneca mediante mi cancelación, lo que ocurra primero, a menos que la ley estatal exija un plazo más corto.

Entiendo que puedo obtener una copia de esta autorización o cancelarla en cualquier momento si llamo al 1-888-TZSPIRE (1-888-897-7473). Si cancelo mi autorización, ya no seré elegible para recibir los servicios descritos. Asimismo, entiendo que si un proveedor de atención médica divulga mi información protegida de salud a Amgen y AstraZeneca con base en esta autorización de manera continua, mi cancelación con Amgen y AstraZeneca entrará en vigencia con respecto a dichos proveedores de atención médica apenas reciban aviso de mi cancelación.

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (continuación)

III. Sin efecto sobre el tratamiento

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que mi inscripción en cualquiera de los servicios y/o programas antes descritos es totalmente voluntaria.

Entiendo que Amgen y AstraZeneca, al igual que los proveedores de atención médica, no me pueden exigir que firme esta autorización como requisito para tener acceso a medicamentos, medicamentos recetados, tratamientos, u otro tipo de atención médica. La ley federal (incluida HIPAA) exige una autorización firmada para que Amgen y AstraZeneca puedan recopilar mi información protegida de salud de mis proveedores de atención médica. Entiendo que no puedo participar en los servicios y/o programas mencionados sin firmar esta autorización o una autorización equivalente con mis proveedores de atención médica.

IV. Información recibida de los proveedores de atención médica

Entiendo que una vez que mi información protegida de salud se haya divulgado a Amgen and AstraZeneca, es posible que leyes federales sobre privacidad ya no apliquen ni la protejan de otras divulgaciones y que Amgen y AstraZeneca pueden divulgar mi información de salud protegida a sus responsables del tratamiento de datos, contratistas y socios comerciales para sus fines comerciales. Sin embargo, Amgen y AstraZeneca se comprometen a cuidar mi información protegida de salud al usarla y divulgarla solo como se establece en la autorización, o de otra manera según lo permita o exija la ley.

CONSENTIMIENTO SEGÚN LAS LEYES ESTATALES DE LOS EE. UU. PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS RELACIONADOS CON LA SALUD

I. Consentimiento para el tratamiento de datos relacionados con la salud para TEZSPIRE Together

Otorgo mi consentimiento para que Amgen y AstraZeneca hagan el tratamiento de mis datos relacionados con la salud para los siguientes fines:

- Inscribirme y gestionar mi participación en el programa TEZSPIRE Together de Amgen y AstraZeneca, que incluye actividades relacionadas con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjeta de copago, verificación de cobertura de medicamentos del pagador, apoyo con educadores enfermeros, apoyo para control de la enfermedad) y gestionar productos, servicios y programas de Amgen y AstraZeneca relacionados con mi afección o tratamiento.

Amgen y AstraZeneca usan lo siguiente para administrar el programa TEZSPIRE Together:

- Datos relacionados con la salud: mi nombre (y el nombre de su cuidador, si corresponde), género, fecha de nacimiento, información de contacto, e información relacionada con mi afección o tratamiento.

Comprendo que mi consentimiento para el tratamiento de datos es obligatorio para participar en el programa TEZSPIRE Together. Entiendo también que Amgen y AstraZeneca no les venderán los datos relacionados con mi salud a terceros, pero Amgen y AstraZeneca pueden divulgar los datos relacionados con mi salud a responsables del tratamiento de datos, contratistas y socios comerciales de Amgen y AstraZeneca para fines comerciales de Amgen y AstraZeneca en relación con el programa TEZSPIRE Together. Entiendo que Amgen y AstraZeneca pueden usar los datos relacionados con mi salud para comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, o teléfono para los fines antes indicados. Entiendo también que si no otorgo mi consentimiento para el uso de los datos relacionados con mi salud para los fines antes indicados, no podré participar en el programa TEZSPIRE Together. Finalmente, entiendo que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento de los datos relacionados con mi salud para los fines antes indicados en cualquier momento mediante uno de los métodos enumerados en la sección Divulgaciones adicionales a continuación, y que si retiro mi consentimiento ya no podré participar en el programa TEZSPIRE Together.

II. Divulgaciones adicionales

Entiendo que la participación en el programa TEZSPIRE Together y, si otorgué mi consentimiento, la recepción de comunicaciones de marketing son servicios opcionales sin costo para mí. Los consentimientos anteriores no afectan de ninguna manera mi derecho a obtener cualquier medicamento y no es necesario que otorgue mi consentimiento para poder recibir cualquier medicamento. Para obtener una copia de los consentimientos anteriores o para retirar mi consentimiento para la recopilación, el tratamiento y/o la divulgación de datos relacionados con mi salud para los fines antes mencionados a los que consentí, puedo ponerme en contacto con Amgen y AstraZeneca. Para ello, debo visitar www.amgen.com/DataSubjectRights o llamar al 1 (888) 897-7473. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Amgen y AstraZeneca, consulte su declaración de privacidad en <https://privacy-amgenandaz.astrazeneca.com/>.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA TEZSPIRE® FAST START

El programa **TEZSPIRE®** Fast Start está disponible para los pacientes a los que se haya recetado recientemente TEZSPIRE y que tengan un seguro comercial o privado, incluidos los planes estatales y federales comúnmente denominados “planes de intercambio de atención médica”. Este programa ayuda a los pacientes elegibles a obtener TEZSPIRE, y al mismo tiempo garantiza la cobertura hasta los límites del programa.

Esta oferta no es válida si el paciente no tiene seguro o si recibe reembolsos de recetas en el marco de cualquier programa de salud federal, estatal o financiado por el gobierno, como Medicare, Medicare Advantage, Medicare Parte D, el programa de Subsidio de Medicamentos para Jubilados, Medicaid, Medigap, Asuntos de Veteranos (VA), el Departamento de Defensa (DoD) o TRICARE, o donde esté prohibido por ley. No es válido para pacientes que paguen en efectivo o pacientes sin seguro médico. Las tarjetas de descuento por pago en efectivo y otros planes no relacionados con seguros no son válidos como primarios en virtud de esta oferta. Si en algún momento el paciente comienza a recibir cobertura de cualquiera de esos programas de atención médica federales, estatales o financiados por el gobierno, el paciente ya no podrá utilizar esta oferta y deberá llamar al 1-888-TZSPIRE (1-888-897-7473) para suspender su participación. Al participar en esta oferta, el paciente reconoce su intención de solicitar la aprobación del seguro para TEZSPIRE a su proveedor de atención médica. Una vez que se obtenga la aprobación del seguro, el paciente dejará de ser elegible para esta oferta. No es necesario hacer ninguna compra. **Esto no es un seguro médico.** La participación no garantiza cobertura de seguro. La oferta no es renovable. Esta oferta solo es válida en Estados Unidos, Puerto Rico y los territorios estadounidenses. Pueden aplicarse otras restricciones. Esta oferta está sujeta a cambios o discontinuación sin aviso previo.

- Si el plan de seguro del paciente no cubre TEZSPIRE o requiere una autorización previa, el paciente puede recibir TEZSPIRE sin costo para un máximo de doce (12) dosis de la formulación en jeringa precargada (PFS) o la formulación en pluma precargada (PPF) en el plazo de veinticuatro (24) meses desde la fecha en que se envíe la primera dosis dentro del programa Fast Start.
- Para seguir siendo elegible después de los primeros 30 días, el proveedor debe presentar la autorización previa (AP). Si no se presenta la AP dentro de los 30 días siguientes al primer envío, el paciente ya no será elegible para el programa Fast Start.
- Si la AP se niega, el proveedor debe presentar la apelación en los 30 días posteriores a la denegación. Si la apelación no se presenta en los 30 días siguientes a la denegación, el paciente ya no será elegible para el programa Fast Start.
- Si el plan de seguro del paciente emite una póliza escrita para TEZSPIRE después de que se haya presentado previamente una AP o una apelación, se deberá presentar una nueva AP en un plazo de 30 días desde la notificación del cambio de póliza para que siga siendo elegible para el programa.
- Los pacientes existentes de TEZSPIRE cuyo seguro comercial cubre TEZSPIRE no son elegibles para inscribirse en el programa Fast Start para ninguna formulación de TEZSPIRE.

Consulte [la información de prescripción completa adjunta](#), incluida [la información para el paciente y las instrucciones de uso](#).

Se recomienda informar sobre los efectos secundarios negativos de los medicamentos recetados de AstraZeneca llamando al 1-800-236-9933. Si prefiere informar de esto a la FDA, llame al 1-800-FDA-1088.

FIN DEL FORMULARIO