



INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Como parte de nuestro compromiso con los Pacientes, el Programa de Asistencia al Paciente de Merck Inc. (PAP de Merck) ofrece ciertas vacunas para adultos de Merck sin cargo a los Pacientes elegibles que carecen de cobertura de terceros y no pueden pagarlas.

La postulación al PAP de Merck es GRATUITA. El PAP de Merck no está asociado con ninguna persona u organización que pueda cobrarles a los Pacientes un cargo por ayudarles a completar los formularios de inscripción para el PAP de Merck. Dichas personas u organizaciones actúan de forma independiente del PAP de Merck y no cuentan con el consentimiento del PAP de Merck.

Para ser elegible para el PAP de Merck, tanto el Paciente COMO el Profesional de atención médica que emite la receta deben completar, firmar y fechar este formulario de postulación para el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck (PAP) y certificar que:

1. Un Profesional de atención médica ha recetado al Paciente una vacuna de Merck cubierta por el PAP y utilizará su propio inventario de vacunas para administrar la vacuna.
2. El Paciente actualmente reside en los Estados Unidos (EE. UU.) o en un territorio de EE. UU. (no es necesario que el Paciente sea ciudadano estadounidense) y tiene 19 o más años de edad.
3. El Paciente no tiene un plan de seguro ni un empleador que participe o esté implicado de alguna manera en un programa de financiación alternativo que requiera o le anime a solicitar al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck como condición, requisito o requisito previo para la cobertura de vacunas específicas de Merck. Algunos ejemplos de seguro de salud incluyen:
 - a. Seguro privado o proporcionado por el empleador
 - b. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 - c. Medicaid o Medicare
 - d. Asistencia para veteranos, o cualquier otro apoyo de una agencia de servicios sociales
4. El Paciente no puede pagar la vacuna de Merck y el PAP puede verificar que el Paciente cumple con los requisitos de elegibilidad financieros del Programa. La información sobre los niveles específicos de los criterios financieros está disponible visitando MerckHelps.com o llamando al 1-800-293-3881.
5. Para conocer la lista más actualizada de las vacunas de Merck disponibles a través de este Programa, visite MerckHelps.com, o llame al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck al 1-800-293-3881. Los defensores del paciente están disponibles para brindarle asistencia de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

LISTA DE COMPROBACIÓN DEL PROGRAMA

1. Compruebe su elegibilidad en MerckHelps.com.
2. Tanto el Paciente como el Profesional de atención médica que emite la receta deben completar todas las secciones de este formulario.
3. Tanto el Paciente como el Profesional de atención médica que emite la receta deben marcar, firmar Y fechar este formulario en todos los lugares designados.
4. Para cumplir los requisitos, el formulario de inscripción debe estar completo, y se debe enviar por fax y aprobar ANTES de la administración de la vacuna de Merck.
 - a. Algunas vacunas requieren más de una dosis. Se debe completar, enviar y aprobar un nuevo formulario de inscripción antes de que un Paciente pueda recibir cada dosis en el régimen.

NOTA: El PAP tiene la intención de procesar los formularios de inscripción en 10 minutos o menos, después de recibir un formulario de inscripción completo. Un formulario completo debe tener todos los campos completos, todos los campos de firma completos, la casilla de consentimiento marcada y la autorización de ingresos del Paciente o la documentación de ingresos de respaldo. Se notificará a los Profesionales de atención médica por teléfono si se determina que el Paciente es elegible para recibir la vacuna de Merck para el reemplazo en el centro. Comprendemos que los Pacientes que verifican la elegibilidad de ingresos utilizando uno de los documentos mencionados en la página 4 de esta postulación pueden tener que regresar al centro de atención médica con documentación para completar y enviar por fax su postulación y los documentos de ingresos de respaldo.

Los Pacientes que no cumplan con la elegibilidad de ingresos en función de su informe del consumidor pueden volver a presentar su postulación utilizando cualquiera de los documentos enumerados en la página 4 de esta postulación.



Escanee para obtener más información sobre los Programas de Asistencia al Paciente de Merck u obtenga más información en MerckHelps.com.

NO INCLUYA ESTA PORTADA CUANDO ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMPLETO Y FIRMADO.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

IMPORTANTE: No administrar ninguna vacuna de Merck sino hasta DESPUÉS de que el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck (PAP) le haya proporcionado el número de confirmación del PAP. El PAP no podrá reemplazar las dosis administradas ANTES de la presentación de la postulación o antes de la confirmación. Para las series de dosis múltiples, se requiere una nueva postulación al PAP y un número de confirmación para cada dosis.

Nombre del Paciente

Apellido del Paciente

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Línea 1 de dirección

Línea 2 de dirección
(número de apartamento/unidad)Residente en
EE. UU. o en un
territorio de EE. UU.:☐☐No es necesario
que sea ciudadano
estadounidense

Sí

No

Ciudad

Estado

Código postal

Género:

☐☐☐

Masculino Femenino

Otra
Identidad

Número de teléfono

¿Tiene seguro u otra cobertura de fármacos de venta con receta?

☐

Sí

☐

No

¿Está inscrito en alguno de los siguientes?

☐Parte A o B de
Medicare☐Parte D de
Medicare☐

Medicaid

☐Seguro
proporcionado
por el empleador o
seguro privado☐

Otro

Si selecciona "Otro", descríballo

Consentimiento para procesar información personal y sensible para los fines del PAP de Merck

Si soy elegible para participar, entonces, con mi consentimiento a continuación, acepto inscribirme en el Merck Patient Assistance Program Inc. (el "Programa"). Al elegir inscribirme, acepto que el Programa y sus empleados, filiales, representantes, agentes, contratistas, y procesadores de datos, incluidos los administradores del Programa (conjuntamente, el "PAP de Merck"), puedan recopilar, usar y divulgar información personal y sensible sobre mí, incluidos los datos que he proporcionado en este formulario, información sobre mi participación en el Programa y otra información de salud sobre mí, como mi diagnóstico, síntomas, medicamentos, e inferencias derivadas de los mismos, para facilitar mi participación en el Programa, lo que incluye, según corresponda, para: (i) evaluar mi elegibilidad para inscribirme en el Programa; (ii) proporcionarme asistencia con el PAP de Merck; (iii) administrar el PAP de Merck; y (iv) monitorear, auditar, acceder y evaluar la implementación y efectividad del PAP de Merck. También acepto que el PAP de Merck pueda ponerse en contacto conmigo por mensaje de texto, teléfono o correo postal utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario para fines relacionados con el Programa, incluido el envío de información sobre mi vacuna.

Entiendo que no tengo la obligación de dar mi consentimiento para el procesamiento de mi información. Sin embargo, si no doy mi consentimiento, no podré participar en el Programa, ya que el procesamiento de mi información es necesario para que el PAP de Merck facilite mi participación.

Si doy mi consentimiento, tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando al 1-800-293-3881, por correo postal al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o por fax al 1-800-528-2551. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Merck y las divulgaciones de privacidad aplicables a residentes de determinados estados de los EE. UU., consulte nuestro Aviso de privacidad complementario de los EE. UU. en <https://www.msdprivacy.com/us/en/supp-notice/> y nuestra Política de privacidad de datos de salud del consumidor en <https://www.msdprivacy.com/us/en/chd-policy/>.

MARQUE
AQUÍ☐

DOY MI CONSENTIMIENTO a los términos anteriores.

☐

NO DOY MI CONSENTIMIENTO a los términos anteriores.

SECCIÓN 2: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización del Paciente para el Uso y la Divulgación de Información Médica Protegida

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y los planes de salud, incluido Medicare, a divulgar al PAP y a otras personas que participan en la administración del PAP de Merck mi información médica personal, incluida la información proporcionada por mi proveedor de atención médica sobre el formulario de Postulación del PAP y demás información relacionada con mi participación en el PAP (en conjunto, "Mi Información") de modo tal que el PAP de Merck pueda usar la información para (i) evaluar si cumpla los requisitos para el PAP de Merck, (ii) proporcionarme asistencia del PAP de Merck, (iii) administrar el PAP de Merck y (iv) monitorear y evaluar la implementación y efectividad del PAP de Merck y realizar auditorías de este o acceder a este. Autorizo al PAP de Merck a usar y divulgar Mi Información para los fines mencionados anteriormente, lo que incluye realizar divulgaciones a afiliados y contratistas del PAP de Merck y a mis planes de salud, incluido Medicare, y para comunicarse conmigo como parte de las auditorías del PAP de Merck y para solicitar información adicional de mí. Comprendo que Mi Información, una vez divulgada en virtud de esta Autorización, puede ya no estar protegida por las leyes federales y podría ser divulgada nuevamente a otras personas, pero también comprendo que el PAP de Merck tiene previsto proteger Mi Información y usarla y divulgarla solamente para los fines del presente documento. Comprendo que no debo firmar esta Autorización para recibir tratamientos de atención médica o beneficios de seguro, pero comprendo que si no firmo la Autorización, no podré obtener la asistencia del PAP de Merck. Además, entiendo que puedo cancelar la Autorización en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por fax a: 1-800-528-2551. Comprendo que, si decido cancelar la Autorización, eso no invalidará los usos y las divulgaciones de Mi Información realizados antes de que el PAP de Merck recibiera mi aviso de cancelación. Si no la cancelo, la Autorización permanecerá vigente durante 15 meses desde la fecha en la que firme abajo (o durante el período máximo permitido por las leyes estatales aplicables si es menos de 15 meses). He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que tengo derecho a solicitar una copia de esta Autorización una vez que se haya firmado.

Al firmar esta Autorización, también reconozco que entiendo que:

- La información médica protegida (PHI) divulgada de conformidad con esta Autorización, una vez divulgada, puede dejar de regirse por ciertas leyes federales o estatales de privacidad y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Sin embargo, también entiendo que, a menos que dé mi consentimiento por separado para los usos y divulgaciones adicionales, el PAP de Merck tiene la intención de usar y divulgar mi PHI solo para los fines descritos en esta Autorización.
- No necesito firmar esta Autorización para recibir tratamientos de atención de la salud o beneficios de seguro, pero si no firmo la Autorización, no podré obtener la asistencia del PAP de Merck.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o llamando al 1-800-293-3881. Comprendo que cancelar mi Autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como el PAP de Merck, ya no podrán basarse en esta Autorización para divulgar mi PHI. Sin embargo, cualquier uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de que se reciba mi cancelación no se verá afectado por la misma.
- Si no cancelo esta Autorización, esta vencerá 15 meses después de la fecha de la firma (o en el período máximo permitido por la ley estatal vigente, si es menor de 15 meses). Los administradores del Programa conservarán la información que hayan recopilado sobre mí de acuerdo con la política de conservación de registros de Merck.
- He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que tengo derecho a solicitar una copia de esta Autorización una vez que se haya firmado.
- Entiendo que tengo derecho a una copia de mi Autorización firmada y que puedo obtener copias enviando una solicitud por escrito al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o llamando al 1-800-293-3881.

**FIRME
AQUÍ****Al firmar, certifico que he leído y acepto la anterior autorización del Paciente para el uso y divulgación de información médica protegida.**

Firma original del Paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del Representante legal*

Fecha (DD/MM/AAAA)

**Si firma un Representante legal, describa su
autoridad para actuar en nombre del Paciente**

Nombre de la parte que firma (en letra de imprenta)

Número de teléfono del Representante legal

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que soy el Representante legal del Paciente y que tengo la autoridad legal en virtud de la legislación estatal aplicable para vincular al Paciente mediante la firma de cada Autorización o Declaración en este formulario de inscripción.

*Un Representante legal es una persona que tiene autoridad legal en virtud de la ley aplicable para comprometerlo en forma vinculante a usted (el Paciente) firmando cada Autorización o Declaración en este formulario de inscripción.

SECCIÓN 3: VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Proporcione los ingresos brutos anuales actuales del hogar (sus ingresos antes de impuestos), incluidos los beneficios de la Seguridad Social y de pensiones:

Ingresos brutos totales
anuales del hogar: _____

Número de miembros del hogar (incluido
el Paciente) que dependen de este ingreso: _____

El Paciente debe autorizar al PAP a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de que se retiren los impuestos) de una de las siguientes maneras:

☐ **Opción 1:** Enviar con esta postulación, una **COPIA** de **UNO** de los siguientes documentos que muestre una prueba de los ingresos familiares que el Paciente proporcionó en el formulario de postulación:

- Formulario de impuestos federales 1040 más reciente
- Carta de beneficios de la Seguridad Social
- Carta de pensión
- Un mes de recibos de pago, antes de la fecha de postulación
- Declaración de beneficios para veteranos
- Carta de verificación de ingresos de un empleador
- Declaración de beneficios por desempleo
- Declaración de discapacidad

O BIEN

☐ **Opción 2:** Autorizar al PAP y a otras personas que participan en la administración del PAP a obtener su informe de consumidor y/u otra información relacionada con su informe de crédito para determinar la elegibilidad del Paciente a fin de participar en el Programa. Esta verificación no afectará la calificación crediticia del Paciente.

Comprendo que Merck Patient Assistance Program, Inc. (el PAP de Merck), verificará la información sobre mis ingresos familiares anuales brutos actuales a fin de garantizar que reúno los requisitos para este Programa.

Al firmar a continuación, otorgo autorización por escrito al PAP de Merck y a otras personas que participan en la administración del PAP de Merck a obtener mi informe del consumidor y/u otra información relacionada con mi informe de crédito a fin de determinar mi elegibilidad para participar en el Programa. Esta verificación **no** afectará mi calificación crediticia.

FIRME
AQUÍ

Los Pacientes solo deben firmar esta sección si están seleccionando la Opción 2.

Firma original del Paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del Representante legal*

Fecha (DD/MM/AAAA)

Si firma un Representante legal, describa su
autoridad para actuar en nombre del Paciente

Declaración del Solicitante

Certifico que toda la información proporcionada en esta postulación, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa. Comprendo que el PAP de Merck no es responsable de controlar o verificar la información contenida en la Sección 4 de esta postulación y que solo el Profesional autorizado que receta medicamentos será responsable de la exactitud de la información contenida en la Sección 4. Comprendo que la asistencia del PAP de Merck finalizará si el PAP de Merck toma conocimiento de cualquier fraude o si la vacuna cubierta por el PAP de Merck ya no está indicada para mí. Entiendo que llenar esta postulación no garantiza que calificaré para el PAP de Merck. Certifico que no puedo pagar esta vacuna por mis propios medios. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por esta vacuna a una aseguradora, a un plan de salud o a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Parte D de Medicare, no solicitaré que esta vacuna o algún costo relacionado con esta sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de modificar el formulario de postulación, modificar o descontinuar este Programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de la información que he suministrado en este formulario de inscripción, y que necesitará que proporcione evidencia adicional a fin de verificar la información proporcionada en esta postulación. Comprendo que la asistencia recibida a través del PAP de Merck no constituye un seguro.

FIRME
AQUÍ

Firma original del Paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del Representante legal*

Fecha (DD/MM/AAAA)

Si firma un Representante legal, describa su
autoridad para actuar en nombre del Paciente

*Un Representante legal es una persona que tiene autoridad legal en virtud de la ley aplicable para representarlo a usted (el Paciente) firmando cada Autorización o Declaración en este formulario de inscripción.

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EMITE LA RECETA CON LICENCIA

Nombre del Profesional que emite la receta

Inicial del
segundo nombre

Apellido del Profesional que emite la receta

Nombre del consultorio/de la clínica

Línea 1 de la dirección (no se permiten casillas postales)

Línea 2 de la dirección (suite/edificio/piso)

Ciudad

Estado

Código postal

*Nota: La dirección que usted proporcionó anteriormente será a la que el PAP enviará la dosis de reemplazo.*Tipo de Profesional
que emite la receta
autorizado:☐

Médico

☐Personal de
enfermería profesional☐Asistente
médico☐Partera enfermera
certificada

Número de licencia de estado

(debe estar activo
y ser válido)

Fax

Número de teléfono del consultorio

Ext.

Correo electrónico

Nombre de contacto del consultorio

Horarios de entrega en las instalaciones (días/horas)

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Nombre del producto de la vacuna de Merck

Número NDC

Indique el número de dosis del Paciente
inscrito para esta vacuna de Merck:☐

Dosis 1

☐

Dosis 2

☐

Dosis 3

¿Está el
Paciente en el
consultorio?☐

Sí

☐

No

¿Ya administró
esta dosis?☐

Sí

☐

No

El PAP de Merck reemplazará las dosis de las vacunas administradas a los Pacientes aprobados a través de envíos mensuales a la dirección que proporcionó anteriormente.
[Notas: El PAP de Merck se reserva el derecho de seleccionar jeringas precargadas o viales para las dosis de reemplazo, que pueden o no ser las mismas que se administraron a los Pacientes aprobados].

El número de confirmación se proporcionará después de que la postulación haya sido aprobada por el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck.

Número de confirmación

Fecha de administración

IMPORTANTE: El número de confirmación es válido por **30 días**. Si la dosis de la vacuna no se administra al Paciente elegible dentro de los 30 días siguientes al momento en que se otorgó, el Paciente debe presentar una nueva postulación. El consultorio debe proporcionar la fecha de administración y número de lote al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck para todas las dosis aprobadas de la vacuna con el fin de proporcionar el producto de reemplazo.

Declaraciones del Profesional autorizado que receta medicamentos

Verifico que la información proporcionada en esta postulación es completa y precisa. Comprendo que el Paciente debe ser parte de la población para la cual la administración de la vacuna está indicada y certifico que el Paciente tiene indicación médica para esta vacuna. Comprendo que el Paciente debe reunir los requisitos financieros y cumplir con los criterios del Programa para ser elegible para recibir asistencia. Se considerará que el producto administrado al Paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes es una donación para el Paciente del Programa de Asistencia al Paciente de Merck. También entiendo que el producto que recibo no es una muestra, sino un reemplazo del producto que compré previamente. También comprendo que no recibiré reembolso alguno por parte del PAP de Merck ni de Merck & Co., Inc., ya sea por las cuotas de administración u otros conceptos. No buscaré reembolso por la administración de la vacuna de ningún organismo público. Además, ninguna fuente ha buscado ni buscará el reembolso del costo del producto administrado al Paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes.

Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros de todas las entidades que reciben los reemplazos de inventario en relación con el PAP de Merck. Acepto que se dará un aviso razonable y se realizarán auditorías durante los horarios habituales. Comprendo que el PAP de Merck puede suspender la utilización del Programa por parte del centro para nuevos inscriptos, a discreción del PAP de Merck, sin previo aviso, si el centro no se compromete a realizar una auditoría (programación y finalización). Declaro y garantizo que este centro ha obtenido todas las autorizaciones, consentimientos y notificaciones necesarios para cumplir con las leyes y reglamentaciones federales y estatales que se relacionen de cualquier modo con la privacidad médica o de la salud, lo que incluye, entre otras, la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), codificada en las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y sus modificaciones futuras.

Mi firma a continuación confirma que el producto de la vacuna se le proporcionará sin cargo a esta persona. Verifico que la información provista en esta postulación es completa y precisa a mi leal saber y entender. Acepto que se conserve una copia de este formulario en los registros del centro y que se ponga a disposición del Servicio de Impuestos Internos a solicitud.

FIRME
AQUÍ

(No podemos aceptar sellos de firma).

Firma del Profesional que emite la receta

Fecha (DD/MM/AAAA)