



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Llene el formulario y envíelo a Vertex al Fax: (888) 952-5933 | Teléfono: (877) 752-5933

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____

*Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Nombre de preferencia: _____ Pronombres: _____

Para fines de verificación del seguro: Últimos 4 dígitos del número del seguro social: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

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

Marque su preferencia: ☐ Teléfono móvil: _____ ☐ Teléfono fijo: _____ ¿Podemos dejarle correos de voz? ☐ Sí ☐ NO

Correo electrónico: _____ Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

*¿Este paciente participa actualmente en un estudio clínico? ☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha más reciente de finalización del estudio† para este paciente? _____ (DD/MM/AAAA)

† Fecha en la que el paciente habrá completado todas las visitas y los procedimientos requeridos del estudio, incluidas las visitas de seguimiento, y en la que se complete la recopilación final de datos para su participación.

2. CUIDADOR PRINCIPAL, REPRESENTANTE LEGAL O CONTACTO ADICIONAL

☐ Cuidador principal ☐ Representante legal ☐ Contacto adicional Marque todos los que correspondan.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de preferencia: _____ Pronombres: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

3. INFORMACIÓN DEL SEGURO *No es necesario llenar esta sección si adjunta una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.*

Seguro que cubre medicamentos recetados: _____ Número de identificación de la receta: _____

Número BIN de la receta: _____ Número de grupo de la receta: _____

N.º de control del procesador (PCN#) de la receta: _____ Teléfono: _____ Nombre del empleador: _____

Seguro médico principal: _____ Teléfono: _____ Titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Seguro secundario: _____ Teléfono: _____ Titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Información adicional

¿El paciente está inscrito en un programa de atención médica financiado por el gobierno como Medicare, Medicaid, Asuntos de los Veteranos (VA), Departamento de Defensa (DoD) o TRICARE®, un plan de salud calificado (QHP) o un plan ofrecido en un mercado o intercambio estatal o federal? ☐ Sí ☐ NO

4. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Nombre del centro: _____ Teléfono del centro: _____ Fax del centro: _____

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

Contacto principal del centro/Título: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Vertex es una marca comercial registrada de Vertex Pharmaceuticals Incorporated.
Vertex GPS es una marca comercial de Vertex Pharmaceuticals Incorporated.
Todas las demás marcas comerciales mencionadas aquí son propiedad de sus respectivos dueños.
© 2026 Vertex Pharmaceuticals Incorporated | VXR-US-20-1900889 (10.0) | 02/2026

*Campo requerido

➔ ***Nombre del paciente:** _____ ***Fecha de nacimiento:** _____ (dd/mm/aaaa)

Farmacia del paciente (si tiene alguna):

☐ AcariaHealth, Inc./Foundation Care, LLC ☐ CVS Specialty ☐ Optum Specialty Pharmacy ☐ Walgreens Specialty Pharmacy
☐ Accredo Health Group, Inc. ☐ Fairview Specialty Pharmacy ☐ VytOne Specialty Pharmacy

Ya se envió la receta:
☐ SÍ ☐ NO

Incluya una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.

5. INFORMACIÓN CLÍNICA Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

***¿El paciente tiene la afección para la cual se receta el producto?** ☐ SÍ ☐ NO

***Especifique las mutaciones indicadas del paciente:** Mutación 1: _____ Mutación 2: _____



☐ TRES comprimidos (vanzacaptor 4 mg/tezacaptor 20 mg/deutivacaftor 50 mg)

☐ DOS comprimidos (vanzacaptor 10 mg/tezacaptor 50 mg/deutivacaftor 125 mg)

Consulte la [Información de Prescripción completa de ALYFTREK](#), incluyendo el **Recuadro de ADVERTENCIA**.



☐ UN comprimido (tezacaptor 50 mg/ivacaftor 75 mg)
☐ UN comprimido (ivacaftor 75 mg)
☐ UN comprimido (tezacaptor 100 mg/ivacaftor 150 mg)
☐ UN comprimido (ivacaftor 150 mg)



☐ UN sobre de gránulos para uso oral (elexacaptor 80 mg/tezacaptor 40 mg/ivacaftor 60 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 59.5 mg)

☐ UN sobre de gránulos para uso oral (elexacaptor 100 mg/tezacaptor 50 mg/ivacaftor 75 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 75 mg)

☐ DOS comprimidos (elexacaptor 50 mg/tezacaptor 25 mg/ivacaftor 37.5 mg)
☐ UN comprimido (ivacaftor 75 mg)

☐ DOS comprimidos (elexacaptor 100 mg/tezacaptor 50 mg/ivacaftor 75 mg)
☐ UN comprimido (ivacaftor 150 mg)

Consulte la [Información de Prescripción completa de TRIKAFTA](#), incluyendo el **Recuadro de ADVERTENCIA**.



☐ UN sobre de gránulos para uso oral (lumacaftor 75 mg/ivacaftor 94 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (lumacaftor 100 mg/ivacaftor 125 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (lumacaftor 150 mg/ivacaftor 188 mg)
☐ DOS comprimidos (lumacaftor 100 mg/ivacaftor 125 mg)
☐ DOS comprimidos (lumacaftor 200 mg/ivacaftor 125 mg)



☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 5.8 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 13.4 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 25 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 50 mg)
☐ UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 75 mg)
☐ UN comprimido (ivacaftor 150 mg)

☐ Recargas: _____ ☐ Dispensar como se indica por escrito ☐ Suministro para 28 días ☐ Suministro para 84 días

Incluya el código SIG en el espacio indicado: _____

¿El paciente ha tomado este medicamento anteriormente? ☐ SÍ ☐ NO ☐ SE DESCONOCE

Al firmar a continuación, certifico que (1) el tratamiento de Vertex Pharmaceuticals Incorporated ("Vertex") que prescribo es necesario por razones médicas y es en beneficio del paciente mencionado más arriba, (2) cuento con todos los consentimientos requeridos por la ley federal y estatal para compartir la información sobre el paciente en este formulario con Vertex y sus proveedores de servicios o socios comerciales ("Proveedores de Servicios") para la verificación de los beneficios y la coordinación de la administración del medicamento de Vertex, (3) cumpliré con los requisitos de prescripción específicos del estado y comprendo que el incumplimiento de estos requisitos podría resultar en una mayor asistencia por parte de la farmacia especializada del paciente, (4) comprendo que la información que proporciono en este formulario, si está firmado por el paciente, será usada por Vertex y sus Proveedores de Servicios tal como lo autorizó el paciente. Autorizo a Vertex a presentar la receta que aparece arriba en la farmacia que corresponda.

➔ **Fecha y firma del médico prescriptor** (no se permiten sellos):

***Firma:** _____ ***Fecha de la firma:** _____

***Primer nombre del médico prescriptor:** _____ ***Apellido del médico prescriptor:** _____ **NÚMERO DE NPI:** _____

El programa de Guía y Apoyo al Paciente de Vertex ("Vertex GPS"™) brinda apoyo sobre productos a los pacientes a quienes se les haya recetado un medicamento de Vertex. Esto incluye lo siguiente: (1) reembolso y asistencia financiera (investigar su cobertura de seguro, confirmar los gastos de bolsillo y revisar su elegibilidad para recibir la asistencia financiera), (2) trabajar con usted y su farmacia para la recarga de su receta, y (3) proporcionarle comunicados y recursos educativos relacionados con las afecciones, los medicamentos y el cumplimiento terapéutico ("Apoyo de GPS").

➡ *Nombre del paciente: _____ *Fecha de nacimiento: _____ (dd/mm/aaaa)

6. AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y a su personal, a mi plan de salud y a mi farmacia a utilizar mi información médica (tal como información sobre mi diagnóstico y tratamiento, y la información incluida en este formulario de inscripción, que puede incluir información genética) e información sobre seguros (mi "Información") y a compartir mi Información con Vertex Pharmaceuticals Incorporated (incluyendo Vertex GPS) y sus afiliados ("Vertex"), así como también a sus proveedores de servicios y socios comerciales ("Proveedores de Servicios"), para inscribirme en el programa Vertex GPS, proporcionar Apoyo de GPS, administrar el programa Vertex GPS y usar mi Información para determinadas actividades comerciales relacionadas con el programa GPS o los medicamentos de Vertex. Al firmar a continuación, también autorizo a mis proveedores de atención médica y a su personal, mi plan de salud, mi farmacia, y Vertex y sus Proveedores de Servicios a que usen mi Información y la compartan entre sí para los fines que se describen en este documento.

Comprendo que una vez que mi Información se comparta, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad y podría volver a compartirse. Sin embargo, Vertex y sus Proveedores de Servicios solo utilizarán y compartirán mi Información según se detalla en este formulario o según sea obligatorio por ley. Comprendo que mi Información también está sujeta al Aviso de Privacidad de Vertex disponible en <https://www.vrtx.com/en-us/english-privacy-us-residents/?lang=en-us>. Comprendo que mi farmacia recibirá un pago de Vertex por compartir mi Información con Vertex. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi elegibilidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica, el pago de mis aseguradoras de salud ni mi capacidad para usar los medicamentos de Vertex. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir el Apoyo de GPS. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta en la que solicite la cancelación a Vertex GPS, 50 Northern Avenue, Boston, MA 02210. Comprendo que mi cancelación no se aplicará a ninguna Información que ya haya sido utilizada o compartida por mis proveedores de atención médica y su personal, el plan de salud o la farmacia según esta Autorización antes de haber recibido la cancelación. Esta Autorización vence diez (10) años después de la fecha de la firma que aparece más abajo o según lo requiera la ley estatal o local, a menos que yo la cancele antes de esa fecha. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización.

➡ *Firma del paciente o representante legal: _____ *Relación con el paciente: _____ *Fecha de la firma: _____ (dd/mm/aaaa)

7. INSCRIPCIÓN EN GPS

Al firmar a continuación, confirmo que me gustaría inscribirme en Vertex GPS y autorizo a Vertex y a sus Proveedores de Servicios a proporcionarme Apoyo de GPS. Comprendo que Vertex GPS es un programa opcional. Acepto que Vertex y sus Proveedores de Servicios puedan utilizar mi información y puedan compartirla entre ellos, con mis proveedores de atención médica y su personal, con mi plan de salud, con mi farmacia y con los programas de asistencia para pacientes en relación con la provisión de Apoyo de GPS, la administración o la actualización del programa de Vertex GPS o según sea necesario para que Vertex cumpla con sus obligaciones legales. Por ejemplo, Vertex y sus Proveedores de Servicios pueden comunicarse conmigo (por correo, teléfono, correo electrónico y mensajes de texto[†]) para ofrecerme mensajes relacionados con el programa y materiales educativos, utilizar mi Información para adaptar los comunicados relacionados con el programa GPS a mis necesidades y compartir información con mis proveedores de atención médica sobre el suministro de mis medicamentos de Vertex.

[†]Pueden aplicarse cargos adicionales. Comprendo que mi proveedor de servicios telefónicos podría cobrarme una tarifa por las llamadas o textos que reciba y estoy de acuerdo en que Vertex no pagará esas tarifas.

7. INSCRIPCIÓN EN GPS (CONTINUACIÓN)

Autorizo a Vertex y a sus Proveedores de Servicios a enviar mensajes de texto (automatizados y recurrentes) al número o a los números de teléfono que yo provea. Comprendo que la frecuencia de estos mensajes puede variar. Comprendo que este consentimiento no es un requisito para participar en Vertex GPS o para comprar algo de Vertex. Puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro en cualquier momento respondiendo *STOP* (ALTO) y puedo obtener ayuda para mensajes de texto en cualquier momento respondiendo *HELP* (AYUDA) para obtener asistencia. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos.

Al firmar a continuación, comprendo que mi información médica, información de contacto y otra información de identificación que yo, mi proveedor de atención médica u otros compartimos con Vertex se recopila para la prestación del Programa Vertex GPS y para otros fines comerciales de Vertex, como se describe en su Aviso de Privacidad, disponible en: www.vrtx.com/english-privacy-us-residents/#5 y en el Aviso de Privacidad sobre datos de salud del consumidor disponible en: <https://www.vrtx.com/en-us/consumer-health-data-privacy-notice/?lang=en-us>. Asimismo, comprendo que mi consentimiento es necesario para procesar mi información personal confidencial en virtud de ciertas leyes de privacidad estatales de los EE. UU. y, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la recopilación, el uso, la propagación y el procesamiento de mi información personal y confidencial, incluidos mis datos personales de salud, tal como se describe en los avisos de privacidad de Vertex. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que para ello debo informarlo a mi Especialista de Apoyo al Paciente. Dependiendo de dónde viva, puedo tener ciertos derechos con respecto a la privacidad de mi Información, incluida la solicitud de acceso o de eliminación de mi información personal. Soy consciente de que, en determinadas circunstancias, es posible que Vertex no esté obligado a cumplir con mis solicitudes. Comprendo que, para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con Vertex por correo electrónico a privacy@vrtx.com con el asunto "Solicitud de derechos de privacidad en los EE. UU.", haciendo clic en "*Your Privacy Choices* (Sus opciones de privacidad)" en la parte inferior de ciertos sitios web de Vertex o llamando a nuestro número gratuito al 1-877-586-9244.

☐ **Sí** ☐ **No** **Estoy dispuesto a proporcionar comentarios sobre el programa Vertex GPS.**

Agradecemos enormemente sus comentarios sobre el apoyo que recibe de Vertex GPS. Nos gustaría enviarle comunicados para recibir su opinión y/o comentarios sobre su experiencia con Vertex GPS, sus empleados y el apoyo que brindamos. Al marcar la casilla de verificación, otorga su consentimiento para que Vertex y sus Proveedores de Servicios usen y compartan su Información con terceros, incluidos proveedores externos, con estos fines. Comprende que tiene el derecho de retirar su consentimiento y que si desea hacerlo debe avisarle a su Especialista de Apoyo al Paciente.



*Firma del paciente o representante legal: _____ *Fecha de la firma: _____

(dd/mm/aaaa)

*Nombre, en letra de imprenta: _____

Indique cualquier contacto adicional con quien Vertex GPS tiene permitido hablar de su información:

Nombre del contacto adicional: _____ Relación con el paciente: _____

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE A LLEGAR ADONDE DESEE

Donde sea que la vida con fibrosis quística (FQ) le lleve, Vertex GPS™: Guía y Apoyo al Paciente está aquí para ayudar. Ofrecemos apoyo individual para ayudarle a comenzar y mantenerse al día con su tratamiento. Una vez que se inscriba,* se le asignará un Especialista de Apoyo que lo acompañará durante todo su tratamiento.

Su Especialista de Apoyo puede ayudarle a:†



Verificar su cobertura y sus gastos de bolsillo con su **compañía de seguros** para que comience su tratamiento. También se comunicará con su **proveedor de atención médica** para consultar cualquier requisito o pregunta que su compañía de seguros pueda tener al determinar su cobertura.



Explorar opciones de asistencia financiera, independientemente de su cobertura de seguro. Si tiene un seguro privado (comercial), el Programa de Asistencia para Copagos de Vertex GPS podría reducir su copago por recarga hasta \$0.‡

‡Se aplican las restricciones y limitaciones de elegibilidad. Asistencia anual máxima de \$20,000.



Mantener al día su tratamiento mediante la coordinación de envíos con su **farmacia especializada**§ y recordándole cuándo es momento de recargar su medicamento de Vertex. Si su rutina diaria cambia, puede ayudarle a planear las recargas, enviar sus medicamentos a una nueva dirección y compartir consejos para ayudarle a mantener la motivación.



Ofrecer información y consejos sobre nutrición, cómo mantenerse físicamente activo y con una mente saludable. Si está cuidando de alguien con FQ, le enviará herramientas educativas para ayudarle a enseñar a su ser querido sobre la importancia de mantener su rutina diaria de tratamiento.



Planear lo que viene a medida que se acerca a los grandes cambios de la vida. Puede ayudarle a prepararse para la próxima etapa y darle consejos para mantenerse al día con el tratamiento. También puede compartir consejos de otras personas con FQ.



Vertex GPS está a solo una llamada de distancia. Para hablar con nosotros llame o envíe un mensaje de texto al **1-877-752-5933 (oprima el 2 al llamar)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 7:00 p. m., hora del este.

Descubra más información acerca de GPS y los recursos de apoyo disponibles en VertexGPS.com.

* No es necesario inscribirse en GPS para recibir tratamiento.

† GPS no brinda asesoramiento médico y no sustituye a su equipo médico. Su equipo de atención médica siempre debe ser su principal recurso para cualquier pregunta sobre su salud y atención médica.

§ Las farmacias especializadas no forman parte de Vertex y mantienen independencia en sus operaciones y en su función como proveedores de atención médica.