

**OFEV® (nintedanib)**  
**Formulario de inscripción al programa  
de apoyo al paciente OPEN DOORS™**

llene y envíe este formulario por fax al 1-844-880-OFEV (6338) o por correo a:  
P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255

Si necesita ayuda o información adicional, llame al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366)

Una vez que se haya inscrito en el programa de apoyo al paciente, podrá disponer de los siguientes servicios:

- Asistencia de enfermería por teléfono las 24 horas del día los 7 días de la semana para ayudarle a responder cualquier pregunta que pueda tener sobre OFEV®
- Ayuda para encontrar posibles recursos de apoyo social en la zona donde vive
- Una clase educativa con un educador clínico de Boehringer Ingelheim

Complete los 3 pasos siguientes para inscribirse en OPEN DOORS™ y obtener acceso a los servicios de apoyo que tenemos disponibles.

**PASO 1: INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre (1.º nombre, inicial del 2.º, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nac. (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Marque el teléfono preferido  Tel. de la casa: \_\_\_\_\_  Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Tel. celular: \_\_\_\_\_  Pueden dejar un mensaje Mejor horario para contactarlo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_  
Nombre del cuidador (si corresponde): \_\_\_\_\_ Teléfono del cuidador: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros para medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

**PASO 2: INFORMACIÓN DE SUS MÉDICOS Y SU FARMACIA ESPECIALIZADA**

**Médico prescriptor**

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Médico de cabecera**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_  
Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Farmacia especializada**

Nombre de la farmacia especializada: \_\_\_\_\_

Si no está seguro de cuál farmacia especializada usted usa, el médico prescriptor podría darle esa información o usted puede visitar OFEV.com para ver una lista de las farmacias especializadas asociadas.

**(El formulario continúa al reverso)**

# OFEV® (nintedanib)

## Formulario de inscripción al programa de apoyo al paciente OPEN DOORS™

### PASO 3: CONSENTIMIENTO [Debe completarlo el paciente o el representante del paciente]

Autorizo a Boehringer Ingelheim, sus filiales, proveedores, agentes y representantes (en conjunto, "Boehringer Ingelheim") a recibir, usar y compartir mi información médica con la finalidad de:

- I. inscribirme en el programa de apoyo al paciente OPEN DOORS™;
- II. proporcionarle a mi proveedor de atención médica información relacionada con mis interacciones con el programa de apoyo al paciente;
- III. proporcionarme (a mí o a la persona con autorización legal para firmar en mi nombre, o al cuidador o cuidadores que he designado más arriba) materiales educativos, recordatorios de tratamiento, información y llamadas educativas de enfermería, y otros servicios de apoyo relacionados con OFEV®;
- IV. prestar asistencia con los análisis relacionados con OFEV en cápsulas y el programa de apoyo al paciente OPEN DOORS™;
- V. brindarme otros materiales informativos o encuestas sobre mi experiencia con el tratamiento con OFEV y el programa de apoyo al paciente OPEN DOORS™; y
- VI. contactar a mi farmacia especializada y a mi proveedor de atención médica en representación mía.

Mi información médica consiste en cualquier información que yo proporcione en este formulario y divulgue por escrito o verbalmente a Boehringer Ingelheim con el fin de recibir ayuda económica o educativa relacionada con OFEV®. Entiendo y acepto que Boehringer Ingelheim podrá contactarme por correo postal, correo electrónico, teléfono, mensaje de texto (incluidos llamadas y mensajes de texto hechos con un sistema automático de marcado telefónico o una voz grabada) y otros medios, así como que Boehringer Ingelheim podrá contactarme con fines de comercialización o bien para proporcionarme información sobre productos, servicios y programas de Boehringer Ingelheim u otros temas de interés, hacer investigaciones de mercado, o bien preguntarme sobre mi experiencia o mi opinión con respecto a dichos temas. Entiendo y acepto que cualquier información que yo proporcione podrá ser utilizada por Boehringer Ingelheim para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas.

Entiendo que si me niego a firmar este formulario de inscripción, o si más adelante revoco este formulario de inscripción y la autorización para que Boehringer Ingelheim use y divulgue mi información médica ("mi autorización"), no podré participar ni recibir asistencia del programa de apoyo al paciente de Boehringer Ingelheim. Este formulario de inscripción y mi autorización seguirán en vigor hasta que yo los revoque. Entiendo que puedo cancelar (revocar) este formulario de inscripción y mi autorización en cualquier momento y para ello tendré que enviar por correo postal una solicitud a **P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255** o llamar al 1-866-673-6366. Entiendo que al revocar este formulario de inscripción y mi autorización finalizará cualquier uso y divulgación posteriores de mi información por parte de las personas o entidades identificadas anteriormente en este documento excepto hasta donde se hayan realizado estos usos y divulgaciones en virtud de mi formulario de inscripción y esta autorización y según lo permitido por la ley correspondiente.

**FIRME Y  
FECHE AQUÍ**

**Firma del paciente (o el representante del paciente):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**  Paciente  Tutor  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Marque aquí si desea programar una clase educativa con un educador clínico de Boehringer Ingelheim. Tenga en cuenta que al seleccionar esta opción, está otorgando su permiso para que un educador clínico se comunique con usted por teléfono.**

Marque aquí si ya se reunió con un educador clínico.

**Gracias por completar este formulario. Estamos ansiosos de ayudarle brindándole información de utilidad y asistencia. Envíelo por fax al 1-844-880-OFEV (6338) o por correo postal a: P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255**

**Para obtener más formularios, llamar a OPEN DOORS™ al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366) o visitar [www.OFEV.com](http://www.OFEV.com).**