

# Formulario de prescripción de cápsulas de OFEV® (nintedanib)

Complete este formulario y envíelo por fax a LA farmacia que elija de las farmacias especializadas proporcionadas en el paso 4.  
Para uso exclusivo en Puerto Rico.

## PASO 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  M  F  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Marque el teléfono preferido:  Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  Teléfono celular \_\_\_\_\_  Se puede dejar mensaje  
Mejor horario para llamar \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Nombre del cuidador (si corresponde) \_\_\_\_\_  
Teléfono del cuidador \_\_\_\_\_ ¿Necesita traducción de idioma?  Sí  No En caso afirmativo, indique el idioma \_\_\_\_\_

## PASO 2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL MEDICAMENTO

Nombre del médico que prescribe el medicamento (nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Nombre de la práctica \_\_\_\_\_ Contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Marque el método de contacto preferido:  Teléfono \_\_\_\_\_  Fax \_\_\_\_\_  
N.º de licencia del estado \_\_\_\_\_ N.º de Medicare/Medicaid \_\_\_\_\_ N.º de identificación fiscal \_\_\_\_\_  
N.º de identificador nacional de proveedor (NPI) \_\_\_\_\_

## PASO 3 INFORMACIÓN DEL SEGURO (Adjunte copias de ambos lados de la[s] tarjeta[s] de seguro del paciente).

Verifique si este paciente no tiene seguro. Si el paciente no tiene seguro, llame al programa de apoyo al paciente OPEN DOORS® al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366) para obtener una solicitud para el programa de asistencia al paciente (PAP) de BI Cares.

Nombre de la aseguradora de medicamentos recetados \_\_\_\_\_ Teléfono de la aseguradora de medicamentos recetados \_\_\_\_\_  
N.º de ID de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_ N.º Rx BIN \_\_\_\_\_ N.º Rx PCN \_\_\_\_\_

Seguro principal \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro \_\_\_\_\_ N.º de ID de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza (nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro \_\_\_\_\_ N.º de ID de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza (nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

## PASO 4 PRESCRIPCIÓN COMPLETA PARA CÁPSULAS DE OFEV

OFEV: cápsula de 150 mg 2 veces al día, con 12 horas de diferencia, con alimentos. Cantidad: 60 \_\_\_\_\_ Resurtidos Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_  
 OFEV: cápsula de 100 mg 2 veces al día, con 12 horas de diferencia, con alimentos. Cantidad: 60 \_\_\_\_\_ Resurtidos

Seleccionar farmacia especializada (requerido) **Seleccione una de las siguientes farmacias especializadas y envíe la receta directamente.**

<input type="checkbox"/> Absolute Pharmacy Care Teléfono: (787) 892-8700 Fax: (787) 496-1010	<input type="checkbox"/> Special Care Pharmacy Teléfono: (787) 781-4585 Fax: (787) 783-2951
<input type="checkbox"/> Axiom Healthcare de PR Teléfono: (787) 780-7200 ext. 414 Fax: (787) 779-1430	<input type="checkbox"/> SPS Specialty Pharmacy Services Teléfono: (787) 704-2025 Fax: (787) 704-2027
<input type="checkbox"/> CVS Specialty Teléfono: (888) 280-1190 Fax: (855) 297-1270	<input type="checkbox"/> Walgreens Specialty PR Teléfono: (787) 777-1120 Fax: (787) 777-1124

Me gustaría que este paciente reciba servicios de enfermería a domicilio.

Diagnóstico: Código ICD-10  J84.112 Fibrosis pulmonar idiopática  J84.10 Fibrosis pulmonar, no especificada  
 M34.81 Esclerosis sistémica con compromiso pulmonar  Otro ICD-10: \_\_\_\_\_  
 J84.170 Enfermedad pulmonar intersticial con un fenotipo fibrótico progresivo en enfermedades clasificadas en otro lugar\*  
\*Enfermedad subyacente/código ICD-10 si está disponible: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Terapia anterior: Terapia actual o más reciente \_\_\_\_\_ Fechas/duración \_\_\_\_\_  Sin terapias anteriores

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_ ¿Está el paciente recibiendo oxigenoterapia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

FIRME Y  
FECHÉ AQUÍ

Autorización del médico que prescribe el medicamento\*

Firma del médico que prescribe el medicamento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*No se aceptan sellos de firma. Si lo exige la legislación aplicable, adjunte copias de todas las prescripciones en formularios de prescripción estatales oficiales. La prescripción solo es válida si se recibe por fax.

# Instrucciones de prescripción de cápsulas de OFEV® (nintedanib)

Para obtener ayuda con este formulario o información adicional, llame a nuestro programa de apoyo al paciente al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366)

**Para uso exclusivo en Puerto Rico.**

## GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN

### MARQUE LOS ELEMENTOS LUEGO DE COMPLETARLOS

- PASO 1**  
Información demográfica del paciente
- PASO 2**  
Información demográfica del médico que prescribe el medicamento

- PASO 3**  
Información del seguro del paciente

**Si el paciente no tiene seguro, llame al programa de apoyo al paciente OPEN DOORS® al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366) para obtener una solicitud para el PAP de BI Cares.**

- PASO 4**  
Prescripción y firma del médico que prescribe el medicamento  
(NOTA: La omisión de la firma dará lugar a retrasos en el procesamiento.)

**Seleccione una de las siguientes farmacias especializadas y envíele la receta COMPLETADA directamente.**

Absolute Pharmacy Care	Teléfono: (787) 892-8700	Fax: (787) 496-1010
Axium Healthcare de PR	Teléfono: (787) 780-7200 ext. 414	Fax: (787) 779-1430
CVS Specialty	Teléfono: (888) 280-1190	Fax: (855) 297-1270
Special Care Pharmacy	Teléfono: (787) 781-4585	Fax: (787) 783-2951
SPS Specialty Pharmacy Services	Teléfono: (787) 704-2025	Fax: (787) 704-2027
Walgreens Specialty PR	Teléfono: (787) 777-1120	Fax: (787) 777-1124

- Envíe por fax el formulario COMPLETADO a la farmacia especializada elegida de la lista proporcionada en el paso 4.**

Formulario de prescripción de cápsulas de OFEV® (nintedanib)

Complete este formulario y envíelo por fax a LA farmacia que elija de las farmacias especializadas proporcionadas en el paso 4.  
**Para uso exclusivo en Puerto Rico.**

- PASO 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
Responda completo del paciente (nombre, fecha de nacimiento, sexo, etc.)  
Dirección de residencia (Calle, Apt., Ciudad, Estado, Código postal)  
Teléfono celular, Teléfono de trabajo, Teléfono de casa, Nombre del titular (si corresponde), ¿quiere saber más?  
Teléfono del médico, ¿tiene indicación de alergias?, ¿ha sido afectado alguna vez el pulmón?
- PASO 2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL MEDICAMENTO**  
Nombre del médico que prescribe el medicamento (nombre completo), Especialidad, Teléfono, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal  
Plaqueo o número de licencia profesional, Teléfono, Fax, N° de identificación fiscal  
N° de licencia de médico, N° de licencia de enfermera, N° de identificación fiscal
- PASO 3 INFORMACIÓN DEL SEGURO (adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente).**  
¿Dispone el paciente de seguro? Si el paciente no tiene seguro, llame al programa de apoyo al paciente OPEN DOORS® al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366) para obtener una solicitud para el programa de asistencia al paciente (PAP) de BI Cares.  
Número de la aseguradora de medicamentos recetados, Teléfono de la aseguradora de medicamentos recetados, N° de grupo  
Número del titular de la póliza (nombre, apellido), Teléfono del seguro, N° de ID de la póliza, N° de grupo  
Número del titular de la póliza (nombre, apellido), Teléfono del seguro, N° de ID de la póliza, N° de grupo
- PASO 4 PRESCRIPCIÓN COMPLETA PARA CÁPSULAS DE OFEV**  
¿Dosis: cápsulas de 150 mg 2 veces al día, con 12 horas de diferencia, con alimentos. Instrucciones especiales:  
¿Dosis: cápsulas de 150 mg 2 veces al día, con 12 horas de diferencia, con alimentos.  
Indicaciones: Cáncer de pulmón metastásico.  
Seleccione la farmacia especializada (consulte): **Seleccione una de las siguientes farmacias especializadas y envíele la receta COMPLETADA.**  
Absolute Pharmacy Care, Teléfono: (787) 892-8700, Fax: (787) 496-1010, Special Care Pharmacy, Teléfono: (787) 783-2951, Fax: (787) 783-2951  
Axium Healthcare de PR, Teléfono: (787) 780-7200 ext. 414, Fax: (787) 779-1430, SPS Specialty Pharmacy Services, Teléfono: (787) 704-2025, Fax: (787) 704-2027  
CVS Specialty, Teléfono: (888) 280-1190, Fax: (855) 297-1270, Walgreens Specialty PR, Teléfono: (787) 777-1120, Fax: (787) 777-1124  
¿No garantiza que este paciente sea elegible para el programa de asistencia al paciente.  
Prescripción: Código de la droga, ¿Se trata de un paciente pediátrico?, ¿Se trata de un paciente geriátrico?, ¿Se trata de un paciente embarazado?, ¿Se trata de un paciente lactante?, ¿Se trata de un paciente con insuficiencia renal?, ¿Se trata de un paciente con insuficiencia hepática?  
Firma y Fecha: Firma del médico que prescribe el medicamento, Fecha.  
No se usará antes de la fecha. Si se exige la legislación aplicable, adjunte copias de todas las prescripciones en formularios de prescripción estatales oficiales. La prescripción solo es válida si se recibe por fax.

**Gracias por completar el formulario.**

Página 2 de 2: Envíe el formulario por fax a **LA** farmacia elegida de las seis farmacias especializadas proporcionadas en el paso 4.

Se pueden obtener formularios adicionales en [www.OFEVHCP.com](http://www.OFEVHCP.com) o llamando al programa de apoyo al paciente OPEN DOORS® al 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366).