

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN FIRST STEPS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ CORREO ELECTRÓNICO DE LA CLÍNICA DE FERTILIDAD
 PRIMER NOMBRE: _____ (OPCIONAL) _____
 DIRECCIÓN: _____ CORREO ELECTRÓNICO DE LA FARMACIA (OPCIONAL): _____
 CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
 SU CORREO ELECTRÓNICO: _____ GÉNERO: Hombre Mujer

TRATAMIENTO

¿Está usted actualmente bajo tratamiento con un especialista en fertilidad? Sí No

Nombre del médico: _____

¿Está usted actualmente bajo un ciclo de tratamiento utilizando óvulos donados? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor proporcione el nombre de alias de la donante

Nombre de la donante _____ Fecha de nacimiento de la donante _____

(Si no conoce el nombre de alias o la fecha de nacimiento de la donante, por favor pregunte en su centro de fertilización in vitro).

First Steps ofrece descuentos para los siguientes medicamentos SOLAMENTE: Follistim, Ganirelix, Pregnyl

NECESITAREMOS QUE NOS PROPORCIONE EL INFORME ANUAL DE INGRESOS BRUTOS AJUSTADOS PARA SU NUCLEO FAMILIAR.

Estos son los únicos documentos aceptables que el programa First Step necesitará.

- 1040 A
- 1040 EZ
- 1040 CASADA REGISTRADA COMO SEPARADA (necesita ambos)
- 1040 ** Por favor envíe solo las primeras dos páginas, mostrando las líneas 37 y 38 **

** SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES NECESARIO, SI PREFIERE PUEDE BLOQUEARLO DE SU 1040**

Todos los hombres o mujeres en servicio militar (activo o veterano) tienen autorizado un 25% de descuento al enviar su información militar.

El personal militar califica para descuentos mayores si envían un 1040, en ese caso y si el miembro califica para un obtener un descuento el mayor será el vigente.

LOS DOCUMENTOS ACEPTABLES NECESARIOS PARA RECIBIR UN DESCUENTO MILITAR SON:

- DD214
- LES (Declaración de licencia e ingresos)
- Los miembros en servicio deben enviar una copia de su retiro
- CAC o Tarjeta de identificación para personal del servicio uniformado

Si tiene preguntas relacionadas con el programa First Steps, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al: 855-672-9260, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del este.

POR FAVOR ENVÍE SU FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y SU VERIFICACIÓN DE INGRESOS A UNA DE LAS SIGUIENTES:

DIRECCIÓN POSTAL: 2181 E. AURORA RD STE. 201 TWINSBURG, OHIO 44087
 CORREO ELECTRÓNICO: firststeps@envisionrx.com
 FAX: 855-672-9262

*Usted recibirá un correo electrónico dentro de 24 horas de haber ingresado al sistema. Por favor revise su papelera y la bandeja de correos no deseados para ver si tiene su notificación ya que los filtros tienden a enviarla a las mismas. ** Por favor note que hace su envío el viernes recibirá la notificación hasta el próximo día hábil. El programa First Steps está cerrado los viernes y todos los días festivos mayores. ***

La firma de abajo certifica que he completado todas las secciones de arriba, con exactitud y según mi conocimiento, y que he leído, entendido y acordado con los términos de este formulario de inscripción y de la autorización adjunta para uso y divulgación de información personal y de salud.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA ____/____/____

Autorización general para uso y divulgación de información personal y de salud.

Yo, _____, o mi representante personal, por este medio autorizo a mi médico y a su personal para que divulguen mi información personal y de salud, incluyendo, pero sin limitarse a la información incluida en este formulario, a DesignRx, LLC y sus agentes y representantes incluyendo a cualquier compañía que ayude a administrar el programa DesignRx Assist (en conjunto "DesignRx") para que esta pueda utilizar y en el futuro divulgar mi información a proveedores de atención médica, farmacias, compañías aseguradoras, planes de medicamentos recetados y otros terceros pagadores (en conjunto, "Terceros") para:

- (1) que se comuniquen conmigo acerca de mi participación en el programa DesignRx Assist;
- (2) proporcionarme materiales relacionados con el programa DesignRx Assist;
- (3) que verifiquen la veracidad de la información que yo proporcioné en mi solicitud para el programa DesignRx Assist;
- (4) me proporcionen servicios de apoyo que me puedan ayudar a tener acceso a los productos del programa DesignRx Assist;
- (5) para estos y otros propósitos según sea requerido o permitido por la ley aplicable.

Adicionalmente, autorizo a Terceros para que divulguen mi información personal y de salud, que esté en su posesión, a DesignRx para ayudarle a cumplir con los propósitos descritos anteriormente.

No autorizo el uso y divulgación de cualquier información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental o abuso de sustancias.

Comprendo que, de acuerdo a esta autorización, la información utilizada o divulgada puede ser sujeta a redivulgación y ya no será protegida por las leyes de privacidad estatales y/o federales. Sin embargo, comprendo que DesignRx no compartirá mi información con cualquier parte, excepto según lo contenido en esta autorización o según lo permita la ley aplicable, sin antes obtener mi (o de mi representante personal autorizado) consentimiento escrito por separado.

Comprendo que no estoy obligada a firmar esta autorización y que dicho rechazo no afectará mi capacidad de recibir los productos del programa DesignRx, así como mi capacidad para recibir tratamiento o mi elegibilidad para recibir los beneficios, pero sí limitará mi capacidad de participar en el programa DesignRx Assist.

Comprendo que esta autorización tendrá efecto durante un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo la revoque antes por escrito enviando mi revocación a DesignRx, LLC/EnvisionRxOptions, 2181 East Aurora Road, Suite 201, Twinsburg, OH 44087, por fax al 855-672-9262 o por correo electrónico a firststeps@envisionrx.com.

Si revoco esta autorización, DesignRx dejará de utilizar y divulgar mi información una vez dicha revocación sea recibida e ingresada por DesignRx. Comprendo que la revocación de esta autorización no afectará cualquier uso o divulgación realizada antes de la misma ni a las divulgaciones realizadas en virtud de dicha autorización. Comprendo que revocar mi autorización también limitará mi capacidad de participar en el programa DesignRx Assist.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. También comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente (escriba en letra de molde): _____ Fecha: ____/____/____

Firma del paciente (o representante personal): _____

Nombre impreso y autoridad/relación del representante personal (si aplica)
