

**SITIO WEB:** cargue los formularios cumplimentados en [patientsupportnow.org](http://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506

**FAX:** envíe los formularios cumplimentados al 1-877-736-6506

**CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los formularios cumplimentados a Pfizer Oncology Together PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

LOS PACIENTES PUEDEN COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA en [PfizerOncologyPatientEnroll.com](http://PfizerOncologyPatientEnroll.com)



¿TIENE PREGUNTAS? Llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. A 8:00 P. M.  
¿SOLO BUSCA ASISTENCIA PARA EL COPAGO? Visite [pfizercopay.com](http://pfizercopay.com)

**MEDICAMENTOS INYECTABLES**

<p><b>Apoyo para reembolsos o copago</b></p> <p><input type="checkbox"/> ELREXFIO™ (elranatamab-bcmm) Navegador de acceso para el paciente: los navegadores de acceso para el paciente trabajan de manera personalizada con los pacientes y su equipo de atención para proporcionar apoyo y acceso a los reembolsos, así como para coordinar la logística del tratamiento. Consulte la <b>sección 5</b> para obtener información sobre cómo suscribirse.</p>	<p><b>Solo copago</b></p> <p><input type="checkbox"/> NIVESTYM® (filgrastim-aafi)  <input type="checkbox"/> NYVEPRIA™ (pegfilgrastim-apgf)  <input type="checkbox"/> RUXIENCE® (rituximab-pvvr)  <input type="checkbox"/> TRAZIMERA® (trastuzumab-qyyp)  <input type="checkbox"/> ZIRABEV® (bevacizumab-bvzr)</p>	<p><b>Investigación de beneficios: cuando un problema de cobertura del pagador requiere SOLO investigación</b></p> <p><input type="checkbox"/> BESPONSA® (inotuzumab ozogamicina)  <input type="checkbox"/> MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicina)</p>
--	---	--

**MEDICAMENTOS ORALES**

Investigación de beneficios  Para obtener una farmacia especializada dentro de la red (si se desconoce)  Cuando un problema de cobertura del pagador requiere SOLO investigación

<p><input type="checkbox"/> BOSULIF® (bosutinib)  <input type="checkbox"/> BRAFTOVI® (encorafenib)  <input type="checkbox"/> DAURISMO™ (glasdegib, sodio)  <input type="checkbox"/> IBRANCE® (palbociclib)</p>	<p><input type="checkbox"/> INLYTA® (axitinib)  <input type="checkbox"/> LORBRENA® (lorlatinib)  <input type="checkbox"/> MEKTOVI® (binimetinib)</p>	<p><input type="checkbox"/> TALZENNA® (talazoparib)  <input type="checkbox"/> VIZIMPRO® (dacomitinib)  <input type="checkbox"/> XALKORI® (crizotinib)</p>
--	--	---

**PARA PACIENTES:** complete las siguientes secciones y, a continuación, lea, firme y feche (donde corresponda) la autorización y los consentimientos requeridos. La falta de información o consentimientos puede provocar retrasos en la obtención de su receta médica y en su inscripción en el programa Pfizer Oncology Together™.

Nombre del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_ Apellido del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto\* \_\_\_\_\_

**1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inic. 2.º nomb. \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_ Sexo\*:  Masculino  Femenino  Otro  
 Dirección\* \_\_\_\_\_  
 Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_  
 Teléfono principal\* \_\_\_\_\_  Particular  Móvil  Trabajo  
 Mejor horario para comunicarse:  Mañana  Tarde  Noche Idioma de preferencia si no es inglés: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**2 INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Tipo de seguro\*:  Comercial  Gubernamental  Medicare Parte D  Medicare Parte A/B solamente  Medicaid  Beneficios de Asuntos de los Veteranos (AV)  Ninguno†  
 Otro \_\_\_\_\_

	Seguro médico principal*	Seguro de receta médica principal*	Seguro de receta médica secundaria
(*CAMPO OBLIGATORIO solo si NO se envían copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro junto con el formulario cumplimentado)			
Nombre del asegurado*			
Nombre del seguro*			
Teléfono del seguro*			
N.º de identificación de la póliza*			
N.º de grupo*			
N.º DE BIN*			
N.º DE PCN*			

†Si selecciona "Ninguno", los pacientes pueden completar el Formulario de inscripción del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.  
 \*El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Se ofrecen medicamentos gratuitos de Pfizer a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. La Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con otras restricciones legales.



**SITIO WEB:** cargue los formularios cumplimentados en [patientsupportnow.org](https://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506



**FAX:** envíe los formularios cumplimentados al 1-877-736-6506



**CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los formularios cumplimentados a Pfizer Oncology Together PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

## PARA PACIENTES

### 3 AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA PROCESAR INFORMACIÓN MÉDICA (\*CAMPO OBLIGATORIO)

Al marcar la casilla a continuación, usted entiende que Pfizer, Inc., Pfizer Oncology Together™, las filiales de Pfizer y sus proveedores (colectivamente, "Pfizer") utilizarán la información médica que usted y sus proveedores de atención médica nos faciliten para proporcionarle las actividades de apoyo al paciente. Tiene derecho a retirar estos permisos en cualquier momento. Para ello, puede ponerse en contacto con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5675. Puede encontrar más información sobre cómo Pfizer Inc. gestiona su información personal en nuestra Política de privacidad en [pfizer.com/privacy](https://pfizer.com/privacy).

Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento llamando al 1-877-744-5675, y que si retiro mi consentimiento será efectivo para cualquier divulgación futura, pero no afectará las divulgaciones ya realizadas.

\*Comprendo y acepto los términos del Aviso de privacidad y doy mi consentimiento para el procesamiento de mi información médica.

### 4 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXTO (\*CAMPO OBLIGATORIO)

Al proporcionar mi número de teléfono móvil y marcar la casilla a continuación, yo o mi cuidador aceptamos recibir llamadas y mensajes de texto de Pfizer o de terceros que actúen en su nombre, para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas o apelaciones, recursos de asistencia financiera, recordatorios de renovación por parte de Pfizer Oncology Together™, información y otras actividades de apoyo al paciente (como el apoyo para copago o programas de medicamentos gratuitos) y para otros fines no comerciales (como el estado de inscripción y las actualizaciones de envío) en los números de teléfono que yo o mi cuidador proporcionemos.

\*Introduzca el número de teléfono móvil que desea inscribir para recibir mensajes de texto: \_\_\_\_\_

\*Yo (o mi cuidador) acepto recibir llamadas y mensajes de texto de Pfizer o de terceros que actúen en su nombre, según lo expresado anteriormente.

Comprendo que yo y, si corresponde, mi cuidador podemos optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento si nos comunicamos con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5675. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir bienes o servicios de Pfizer. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. Los términos completos se pueden encontrar en [www.pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms](https://www.pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms) y la Política de privacidad de Pfizer en [www.pfizer.com/privacy](https://www.pfizer.com/privacy). Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP si desea cancelar los mensajes de texto.

### 5 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA PERSONALIZADO DE APOYO AL PACIENTE (Opcional)

Puede inscribirse para recibir apoyo personalizado de un administrador de reembolsos de campo de Pfizer o un navegador de acceso para el paciente (solo para pacientes a quienes se administra ELREXFIO) (especialista de apoyo) a lo largo de su tratamiento. Después de que se inscriba en Pfizer Oncology Together y se suscriba a este servicio, un especialista en apoyo se comunicará con usted para brindarle diversas opciones de apoyo personalizado, que incluye acceso y asistencia financiera para pacientes elegibles o derivaciones a organizaciones de pacientes para obtener recursos y apoyo. Trabajar con un especialista en apoyo es opcional.

Al marcar esta casilla, solicito apoyo personalizado y acepto recibir comunicaciones telefónicas del especialista en apoyo de Pfizer. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir bienes o servicios de Pfizer. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir apoyo y comunicaciones de Pfizer en cualquier momento si me pongo en contacto con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5671.

### 6 PROGRAMA DE AHORROS EN COPAGOS PARA MEDICAMENTOS INYECTABLES DE PFIZER ONCOLOGY TOGETHER™ (Opcional; solo para pacientes con cobertura comercial)



Ingrese en [PfizerCoplay.com](https://PfizerCoplay.com) y seleccione "Patient" (Paciente) o marque las casillas correspondientes a continuación si SOLAMENTE solicita la inscripción en el Programa de ahorros en copagos de Pfizer Oncology Together™ para medicamentos inyectables para el siguiente producto: ELREXFIO, NIVESTYM, NYVEPRIA, RUXIENCE, TRAZIMERA y ZIRABEV.

Sí  No Autorizo al Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together™ ("Programa") a pagar directamente a mi proveedor de atención médica, y no a mí, los gastos de bolsillo de mi medicamento cuando mi proveedor de atención médica envíe la reclamación de copago. Autorizo a mi proveedor de atención médica a que se comunique con el Programa en mi nombre para iniciar el pago de los servicios después de que se hayan prestado. Comprendo que seré responsable de los gastos de bolsillo de mi medicamento de Pfizer Oncology (1) si mi proveedor de atención médica no solicita el pago dentro de los 180 días de la fecha de emisión de mi Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB), o (2) si no soy elegible para recibir reembolsos por parte del Programa.

Sí  No Ni yo ni mi cónyuge tenemos 65 años o más ni estamos jubilados.

Sí  No Doy fe de que no estoy inscrito en ningún programa de seguro financiado a nivel estatal o federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Veteran Affairs Health Care, un programa estatal para medicamentos con receta o el Plan de Salud del Gobierno disponible en Puerto Rico (anteriormente conocido como "La Reforma de Salud"). Doy fe de que no recibo un seguro médico a través de las fuerzas armadas.

Al marcar esta casilla, confirmo que soy elegible para participar en este programa y acepto los términos y condiciones especificados aquí. Acepte los términos y condiciones antes de continuar.

Si tiene preguntas relacionadas con su elegibilidad para el Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together™, puede comunicarse con Pfizer Oncology Together™ y proporcionar su información de seguro comercial para verificar la elegibilidad. Se aplican términos y condiciones. Para conocer todos los términos y condiciones de los productos inyectables, consulte [PfizerCoplay.com/TC](https://PfizerCoplay.com/TC). Pfizer entiende que su información personal y médica es privada y solo se utilizará de acuerdo con nuestra Política de privacidad. Pfizer y las partes que actúen en su nombre solo usarán la información que usted proporcione para enviarle los materiales que solicitó, así como otra información útil sobre el producto o productos relacionados, información sobre el estado de la enfermedad, ofertas y servicios.



**SITIO WEB:** cargue los formularios cumplimentados en [patientsupportnow.org](http://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506



**FAX:** envíe los formularios cumplimentados al 1-877-736-6506



**CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los formularios cumplimentados a Pfizer Oncology Together  
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

## PARA PACIENTES

### 7 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA (\*CAMPO OBLIGATORIO)

Al firmar y fechar este formulario, otorgo mi permiso para que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica ("proveedores de atención médica") y mis compañías de seguro médico compartan mi información médica con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation™, las filiales de Pfizer y sus proveedores (en conjunto, "Pfizer"). Comprendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, así como información identificatoria sobre mí (incluido mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme diversos tipos de apoyo e información para poder acceder a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo del programa (en conjunto, "actividades de apoyo al paciente"):

- Proporcionar investigaciones/verificación de beneficios y apoyo para obtener reembolsos, incluido lo siguiente:
  - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de mi compañía de seguro
  - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de mi compañía de seguro para apelar una reclamación denegada
- Determinar mi elegibilidad y ayudarme para acceder a los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos.
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con un medicamento de Pfizer y las actividades de apoyo al paciente.
- Proveerme recursos e información de asistencia financiera, si soy elegible
- Proveerme materiales sobre manejo de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, y puede incluir enviarme encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer
- Pfizer también puede utilizar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.

Comprendo que no tengo obligación de firmar este formulario, y mi decisión de no firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica o el pago de mi compañía de seguro médico. Sin embargo, si no firmo y fecho este formulario, es posible que Pfizer Oncology Together™ no pueda brindarme asistencia. Comprendo que una vez que se comparta mi información médica, puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad. Otorgo mi consentimiento para que Pfizer utilice mi información médica para los fines descritos en este formulario, o según lo exija o lo permita la ley. Las farmacias seleccionadas pueden recibir una remuneración por parte de Pfizer a cambio de mi información médica o de cualquier actividad de apoyo al paciente que se me proporcione. Comprendo que este formulario permanecerá vigente durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley estatal requiera un período inferior o que yo notifique por escrito que me gustaría retirar mi aprobación para compartir mi información médica antes. Si quisiera retirar mi aprobación, puedo comunicarme con mi médico o ponerme en contacto con Pfizer Oncology Together™ en P.O. Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366, o bien llamar al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M. Este retiro no afectará el uso o la divulgación de mi información médica que haya tenido lugar antes de que yo retirara mi aprobación. Comprendo que recibiré una copia de este formulario.

**FIRMAS** X

**Firma del paciente\*** (el paciente o el representante del paciente debe ser mayor de 18 años)<sup>†</sup> **Fecha\***

**FIRMAS** X

**Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)<sup>‡</sup>** **Fecha**

**Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente<sup>§</sup>:**

Designado por el tribunal  Padre/Madre/Tutor  Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

Otra \_\_\_\_\_

<sup>†</sup>Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

<sup>‡</sup>NO se requiere si lo firma el paciente.

<sup>§</sup>Se requiere si lo firma el representante del paciente.



**SITIO WEB:** cargue los formularios cumplimentados en [patientsupportnow.org](http://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506



**FAX:** envíe los formularios cumplimentados al 1-877-736-6506



**CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los formularios cumplimentados a Pfizer Oncology Together  
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inic. 2.º nomb. \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_

## PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA: complete las siguientes secciones y firme esta página.

## 8 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA/LUGAR DE ATENCIÓN (\*CAMPO OBLIGATORIO)

Nombre del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_ Apellido del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio\* \_\_\_\_\_ N.º de NPI\* \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal\* \_\_\_\_\_

Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

Nombre del contacto en el consultorio\* \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del consultorio\* \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Fax del consultorio\* \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ubicación del centro de atención\*:  Consultorio del proveedor  Hospital, como paciente ambulatorio  Hospital, como paciente internado  Otra  N/C  
Forma de comunicación preferida:  Teléfono  Fax

## 9 DIAGNÓSTICO No adjunte ninguna nota clínica o del consultorio, ya que esto puede retrasar el procesamiento del formulario. (\*CAMPO OBLIGATORIO)

ICD-10 del diagnóstico principal\* \_\_\_\_\_ ICD-10 del diagnóstico secundario \_\_\_\_\_

**Solo para RUXIENCE.** La información de prescripción de RUXIENCE (rituximab-pvvr) no incluye pénfigo vulgar. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta RUXIENCE para tratar esta afección.

\*Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección.

**FIRMAS** X \_\_\_\_\_

**Solo para ZIRABEV.** La información de prescripción de ZIRABEV (bevacizumab-bvzr) no incluye carcinoma hepatocelular. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta ZIRABEV para tratar esta afección.

\*Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección.

**FIRMAS** X \_\_\_\_\_

## 10 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO (administración/supervisión de la infusión del medicamento)

Marcar si es la misma que la de la sección 8 (\*CAMPO OBLIGATORIO, si corresponde)

Nombre del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_ Apellido del proveedor de atención médica\* \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio\* \_\_\_\_\_ N.º de NPI\* \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal\* \_\_\_\_\_

Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

Nombre del contacto en el consultorio\* \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del consultorio\* \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Fax del consultorio\* \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_



**SITIO WEB:** cargue los formularios cumplimentados en [patientsupportnow.org](https://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506



**FAX:** envíe los formularios cumplimentados al 1-877-736-6506



**CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los formularios cumplimentados a Pfizer Oncology Together  
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inic. 2.º nomb. \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_

**PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA:** complete las siguientes secciones y firme esta página.

## 11 INFORMACIÓN DE LA RECETA MÉDICA (\*CAMPO OBLIGATORIO)

ICD-10 del diagnóstico principal\* \_\_\_\_\_ ICD-10 del diagnóstico secundario \_\_\_\_\_

Marque el medicamento recetado e indique la concentración y la cantidad.\*

A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de dosificación.

## MEDICAMENTOS ORALES

<input type="checkbox"/> <b>BOSULIF</b> (bosutinib)	_____ mg, suministro de 30 días <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Cápsulas	<input type="checkbox"/> <b>LORBRENA</b> (lorlatinib)	_____ mg, suministro de 30 días
<input type="checkbox"/> <b>BRAFTOVI</b> (encorafenib)	<input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/> 450 mg <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Suministro de 30 días <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> <b>MEKTOVI</b> (binimetinib)	<input type="checkbox"/> 45 mg <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Suministro de 30 días <input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> <b>DAURISMO</b> (glasdegib, sodio)	_____ mg, suministro de 30 días	<input type="checkbox"/> <b>TALZENNA</b> (talazoparib)	_____ mg, suministro de 30 días, cápsulas de gelatina blanda HRR+ masculina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>IBRANCE</b> (palbociclib)	_____ mg, suministro de 28 días	<input type="checkbox"/> <b>VIZIMPRO</b> (dacomitinib)	_____ mg, suministro de 30 días
<input type="checkbox"/> <b>INLYTA</b> (axitinib)	_____ mg, suministro de 30 días	<input type="checkbox"/> <b>XALKORI</b> (crizotinib)	_____ mg, suministro de 30 días

Indicaciones/Instrucciones de dosificación\* \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS INYECTABLES

<input type="checkbox"/> <b>BESPONSA</b> (inotuzumab ozogamicina), vial de dosis única	<input type="checkbox"/> 0.9 mg
<input type="checkbox"/> <b>ELREXFIO</b> (elranatamab-bcmm), vial de dosis única (40 mg/ml) Los profesionales de atención médica, el centro de atención o la farmacia especializada deben estar certificados en la estrategia de evaluación y mitigación de riesgos (Risk Evaluation and Mitigation Strategy, REMS) antes de solicitar o dispensar medicamentos	<input type="checkbox"/> 44 mg/1.1 ml <input type="checkbox"/> 76 mg/1.9 ml
<input type="checkbox"/> <b>MYLOTARG</b> (gemtuzumab ozogamicina), vial de dosis única	<input type="checkbox"/> 4.5 mg
<input type="checkbox"/> <b>NIVESTYM</b> (filgrastim-aafi), vial de dosis única	<input type="checkbox"/> 300 mcg/ml <input type="checkbox"/> 480 mcg/1.6 ml
<input type="checkbox"/> <b>NIVESTYM</b> (filgrastim-aafi), jeringa precargada	<input type="checkbox"/> 300 mcg/ml <input type="checkbox"/> 480 mcg/0.8 ml
<input type="checkbox"/> <b>NYVEPRIA</b> (pegfilgrastim-apgf), jeringa precargada	<input type="checkbox"/> 6 mg/0.6 ml
<input type="checkbox"/> <b>RUXIENCE</b> (rituximab-pvvr), vial de dosis única	<input type="checkbox"/> 100 mg/10 ml <input type="checkbox"/> 500 mg/50 ml
<input type="checkbox"/> <b>TRAZIMERA</b> (trastuzumab-qyyp), vial de dosis múltiples	<input type="checkbox"/> 150 mg/vial <input type="checkbox"/> 420 mg/vial
<input type="checkbox"/> <b>ZIRABEV</b> (bevacizumab-bvvr), vial de dosis única	<input type="checkbox"/> 100 mg/4 ml <input type="checkbox"/> 400 mg/16 ml

Instrucciones de dosificación\* \_\_\_\_\_

## 12 CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA para los productos recetados en la sección 11

Al presentar este formulario, certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he hecho un juicio independiente de que la terapia mencionada es médicamente necesaria y que la información proporcionada en este formulario es precisa, a mi leal saber y entender.