Instrucciones para llenar el Formulario de inscripción al programa de prescripción y apoyo al paciente

Adempas® riociguat tablets
0.5mg | 1mg | 1.5mg | 2mg | 2.5mg

Prescripción de Adempas
(Completar los pasos 1-3)

- Llene la información del paciente y los detalles de prescripción
- Proporcione la información médica y de seguro de prescripciones
- El Centro de Coordinación AIM llevará a cabo una investigación para verificar las prestaciones y determinar la cobertura.

Note:
Los pacientes serán evaluados para todos los programas disponibles. Los pacientes elegibles se inscribirán automáticamente en el programa de copago de Adempas

SECCIÓN 1 Información de contacto

Al proporcionar un correo electrónico o un teléfono, el paciente acepta recibir llamadas automáticas, textos y/o mensajes de correo electrónico del administrador del Programa myAIM y de la farmacia del paciente (CVS Specialty o Accredo) sobre su prescripción y información médica. El consentimiento puede revocarse en cualquier momento y no es una condición para la prestación del servicio. Pueden aplicarse tarifas de mensajería o de datos.

Información de contacto del paciente (* indica un campo obligatorio)

Nombre del paciente*:	Apellidos del paciente*:	Fecha de nacimiento* (MM/ DD/ AAAA):	Sexo*: ☐ Hombre ☐ Mujer
Domicilio*: / Ciudad*: / Estado*: / Código postal*:	Teléfono preferido*:	*¿Se puede dejar un mensaje detallado?* ☐ Sí ☐ No	
Dirección de correo electrónico:	Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique) _____		
Nombre del contacto alternativo:	Teléfono de contacto alternativo:	Relación con el paciente:	

Información de contacto del prescriptor (* indica un campo obligatorio)

Nombre del prescriptor*:	Apellidos del prescriptor*:		NPI*:	
Domicilio línea 1*:	Domicilio línea 2:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de oficina:	Teléfono:	Fax:		

Por lo menos 1 número de teléfono se requiere

SECCIÓN 2 Información del paciente

Información de del paciente (* indica un campo obligatorio)

¿El paciente va a empezar Adempas en un hospital? ☐ **Sí** ☐ **No** Fecha de inicio: _____ Fecha de alta: _____

¿Tiene el paciente cobertura de prescripciones*? ☐ Sí ☐ No

Farmacia local del paciente: _____ Teléfono: _____

***PROPORCIONE CON ESTE FORMULARIO TODA LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE, INCLUIDAS LAS PRESTACIONES DE MEDICAMENTOS (ANVERSO Y REVERSO DE LA TARJETA).**

Marcar el Código ICD -10*:

Hipertensión arterial pulmonar
☐ I27.0
☐ I27.21

Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica
☐ I27.24
☐ Inoperable
☐ Persistente/Recurrente

☐ **OTRO (especifique)** _____ _____

Estado del tratamiento:
☐ Terapia inicial (monoterapia o en combinación)
☐ Terapia complementaria
☐ Transición desde otra terapia

El Prescriptor cumplirá con todos los términos y condiciones de Surescript[1] incluyendo confidencialidad, mensajería comercial, privacidad y seguridad, leyes aplicables y uso de datos. Se aplican todas las exenciones de responsabilidad de Surescripts. La lista completa de condiciones puede consultarse en https://ubc.com/surescriptsterms/.

SECCIÓN 3 Prescripción

Prescripción (*Indica campo obligatorio)
Note: Prescriptores de NY por favor envíen la receta en una receta original del Estado de Nueva York en blanco. Para todos los demás Estados, envíe una receta en blanco específica para su Estado, si procede.

Dosis inicial*:	Pauta de ajuste:
☐ **Adempas comprimido de 1 mg por vía oral tres veces al día** ☐ Adempas comprimido de 0.5 mg por vía oral tres veces al día Cantidad ☐ suministro para 30 días Rellenos: _____ Entregar a: ☐ Hogar del paciente ☐ Oficina del prescriptor	**Por favor, marque la casilla para todas las dosis a incorporar:** ☐ Basándose en la respuesta del paciente según la evaluación clínica del médico o del enfermero en consulta con el médico, la farmacia debe proporcionar la concentración de Adempas para adaptarse a las necesidades de ajuste del tratamiento. Adempas comprimidos: 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg Direcciones: Si la presión arterial sistólica es >95 mmHg y no hay signos/síntomas de hipotensión, aumentar 0.5 mg 3 veces al día a intervalos no inferiores a 2 semanas hasta la dosis máxima tolerada hasta un máximo de 2.5 mg 3 veces al día. Si en algún momento el paciente presenta síntomas de hipotensión, disminuir la dosis en 0.5 mg 3 veces al día. La dosis individual establecida se debe mantener. **Otras instrucciones especiales:** _____ Cantidad: ☐ suministro para 30 días Rellenos: _____

Los prescriptores de NY deben presentar las recetas en el formulario oficial del Estado de Nueva York, junto con este formulario

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es exacta. Designo al Programa AIM Adempas, en mi nombre, para transmitir esta receta a la farmacia dispensadora. Entiendo que no puedo delegar la autoridad de firma. El Prescriptor autoriza a UBC a utilizar la Red Surescripts[1] en nombre del Prescriptor en relación con esta receta.

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PRESCRIPTOR		
	Dispensar según lo escrito*:	**Fecha*:**
	Sustituciones permitidas*:	**Fecha*:**

Las firmas y fechas faltantes **CAUSARÁN** un atraso en el procesamiento

Envíe este formulario junto con la información del seguro del paciente al Programa Adempas por fax al 1-855-662-5200

[1]Surescripts es un consorcio propiedad de algunos de los mayores PBM del país que ofrece servicios de información y tecnología que apoyan la transmisión electrónica de recetas entre los HCP y otras organizaciones médicas.

Inscripción al apoyo a pacientes
(Completar el paso 4)

SECCIÓN 4 Inscripción al programa de apoyo a pacientes

Inscripción al programa de apoyo a pacientes

Bayer ofrece servicios de apoyo al paciente para los pacientes de Adempas que incluyen: (A) enfermeros que le ayuden a iniciar el tratamiento y a alcanzar la dosis óptima, (B) comprobación de las prestaciones del seguro para Adempas y ayuda económica para los pacientes que reúnan los requisitos y (C) formación sobre la HPTEC y/o la HAP, así como consejos útiles para gestionar su tratamiento con Adempas («myAIM»). Estos Programas son totalmente opcionales y usted puede inscribirse en uno o en todos ellos. Para inscribirse en myAIM, tendrá que firmar una autorización HIPAA para que su proveedor de atención médica y/o farmacia compartan su información médica protegida con Bayer y el administrador del Programa myAIM.

Permanecerá inscrito en cada Programa que seleccione a menos que decida no participar poniéndose en contacto con myAIM por teléfono llamando al 1-855-423-3672 o mediante una notificación por escrito enviada a: 200 Pinecrest Plaza, Morgantown WV 26505, o hasta que expire su Autorización HIPAA.

Por favor, inscríbame en: (marque todas las opciones que correspondan) ☐ A: Enfermería ☐ B: Verificación de prestaciones y asistencia financiera

☐ C: Información educativa digital - dirección de correo electrónico: _____@_____

Paciente – por favor ponga sus iniciales aquí para confirmar sus elecciones opcionales: _____

El paciente puede renunciar a cualquiera de los programas anteriores (o a todos) poniéndose en contacto con el programa AIM.

Selecciones para programas de pacientes e

iniciales para confirmar

Por favor, lea también, firme y feche la AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE HIPAA al final de este formulario.

EL PACIENTE DEBE FIRMAR Y FECHAR

Nombre del paciente (letra de imprenta). _____

Firma del paciente (o tutor legal)* _____ **Fecha (mm/dd/aaaa):** _____

Si lo firma un representante legal —
Nombre en letra de imprenta: _____ **Relación con el paciente:** _____

Las firmas y fechas faltantes **CAUSARÁN** un atraso en el procesamiento; también se requiere el nombre en letra de imprenta para el procesamiento

Adempas® (riociguat) Formulario de inscripción al programa de prescripción y apoyo a pacientes

Llene este formulario disponible en www.adempas-us.com y envíelo por fax junto con la información de seguro del paciente al programa Adempas al 1-855-662-5200

SECCIÓN 1 Información de contacto

Al proporcionar un correo electrónico o un teléfono, el paciente acepta recibir llamadas automáticas, textos y/o mensajes de correo electrónico del administrador del Programa myAIM y de la farmacia del paciente (CVS Specialty o Accredo) sobre su prescripción y información médica. El consentimiento puede revocarse en cualquier momento y no es una condición para la prestación del servicio. Pueden aplicarse tarifas de mensajería o de datos.

Información de contacto del paciente (* indica un campo obligatorio)

Nombre del paciente*:	Apellidos del paciente*:			Fecha de nacimiento* (MM/ DD/ AAAA):	Sexo*: ☐ Hombre ☐ Mujer
Domicilio*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:	Teléfono preferido*:	*¿Se puede dejar un mensaje detallado?* ☐ Sí ☐ No
Dirección de correo electrónico:				Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique) _____	
Nombre del contacto alternativo:	Teléfono de contacto alternativo:			Relación con el paciente:	

Información de contacto del prescriptor (* indica un campo obligatorio)

Nombre del prescriptor*:	Apellidos del prescriptor*:			NPI*:
Domicilio línea 1*:	Domicilio línea 2:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de oficina:	Teléfono:	Fax:		

SECCIÓN 2 Información del paciente

Información de del paciente (* indica un campo obligatorio)

¿El paciente va a empezar Adempas en un hospital? ☐ **Sí** ☐ **No** Fecha de inicio: _____ Fecha de alta: _____

¿Tiene el paciente cobertura de prescripciones*? ☐ Sí ☐ No

Farmacia local del paciente: _____ Teléfono: _____

***PROPORCIONE CON ESTE FORMULARIO TODA LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE, INCLUIDAS LAS PRESTACIONES DE MEDICAMENTOS (ANVERSO Y REVERSO DE LA TARJETA).**

Marcar el Código ICD -10*:

Hipertensión arterial pulmonar
☐ I27.0
☐ I27.21

Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica
☐ I27.24
☐ Inoperable
☐ Persistente/Recurrente

☐ **OTRO (especifique)**
_____
_____

Estado del tratamiento:
☐ Terapia inicial (monoterapia o en combinación)
☐ Terapia complementaria
☐ Transición desde otra terapia

El Prescriptor cumplirá con todos los términos y condiciones de Surescript† incluyendo confidencialidad, mensajería comercial, privacidad y seguridad, leyes aplicables y uso de datos. Se aplican todas las exenciones de responsabilidad de Surescripts. La lista completa de condiciones puede consultarse en *https://ubc.com/surescriptsterms/*.

SECCIÓN 3 Prescripción

Prescripción (*Indica campo obligatorio)

Note: Prescriptores de NY por favor envíen la receta en una receta original del Estado de Nueva York en blanco. Para todos los demás Estados, envíe una receta en blanco específica para su Estado, si procede.

Dosis inicial*:	Pauta de ajuste:
☐ **Adempas comprimido de 1 mg por vía oral tres veces al día** ☐ Adempas comprimido de 0.5 mg por vía oral tres veces al día Cantidad ☐ suministro para 30 días Rellenos: _____ Entregar a: ☐ Hogar del paciente ☐ Oficina del prescriptor	**Por favor, marque la casilla para todas las dosis a incorporar:** ☐ Basándose en la respuesta del paciente según la evaluación clínica del médico o del enfermero en consulta con el médico, la farmacia debe proporcionar la concentración de Adempas para adaptarse a las necesidades de ajuste del tratamiento. Adempas comprimidos: 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg Direcciones: Si la presión arterial sistólica es >95 mmHg y no hay signos/síntomas de hipotensión, aumentar 0.5 mg 3 veces al día a intervalos no inferiores a 2 semanas hasta la dosis máxima tolerada hasta un máximo de 2.5 mg 3 veces al día. Si en algún momento el paciente presenta síntomas de hipotensión, disminuir la dosis en 0.5 mg 3 veces al día. La dosis individual establecida se debe mantener. **Otras instrucciones especiales:** _____ Cantidad: ☐ suministro para 30 días Rellenos: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es exacta. Designo al Programa AIM Adempas, en mi nombre, para transmitir esta receta a la farmacia dispensadora. Entiendo que no puedo delegar la autoridad de firma. El Prescriptor autoriza a UBC a utilizar la Red Surescripts† en nombre del Prescriptor en relación con esta receta.

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PRESCRIPTOR		
	Dispensar según lo escrito*:	**Fecha*:**
	Sustituciones permitidas*:	**Fecha*:**

Envíe este formulario junto con la información del seguro del paciente al Programa Adempas por fax al 1-855-662-5200

†Surescripts es un consorcio propiedad de algunos de los mayores PBM del país que ofrece servicios de información y tecnología que apoyan la transmisión electrónica de recetas entre los HCP y otras organizaciones médicas.

Para reportar cualquier efecto adverso, queja técnica sobre el producto, error de medicación o embarazo asociado al uso de Adempas, póngase en contacto con: Bayer al 1-888-842-2937, o envíe la información a DrugSafety.GPV.US@bayer.com.

INDICACIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

INDICACIONES

- Adempas (riociguat) está indicado para el tratamiento de adultos con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) persistente/recurrente (grupo 4 de la OMS) después del tratamiento quirúrgico, o con HPTEC inoperable, con el objeto de mejorar la capacidad de ejercicio y la clase funcional de la OMS.
- Adempas está indicado para el tratamiento de adultos con hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la OMS) con el objeto de mejorar la capacidad de ejercicio, mejorar la clase funcional de la OMS y retrasar el agravamiento clínico.*

La eficacia se demostró en pacientes tratados con Adempas como monoterapia o en combinación con antagonistas de los receptores de la endotelina o prostanoides. Los estudios donde se estableció la eficacia incluyeron principalmente pacientes con HAP de clase funcional II-III de la OMS y etiologías de HAP idiopática o hereditaria (61 %), o HAP asociada con enfermedades del tejido conectivo (25 %).

*El tiempo transcurrido hasta el agravamiento clínico fue un criterio de valoración combinado definido como la muerte (mortalidad por cualquier causa), trasplante de corazón/pulmones, septostomía auricular, hospitalización debido a un agravamiento persistente de la hipertensión pulmonar, comienzo de un nuevo tratamiento específico para la HAP, disminución persistente de la distancia de caminata de 6 minutos (DC6M) y agravamiento persistente de la clase funcional de la OMS.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

ADVERTENCIA: TOXICIDAD EMBRIOFETAL

El uso de Adempas está contraindicado durante el embarazo porque puede causar daño fetal, según datos de estudios en animales.

Confirmar que no haya embarazo antes del inicio del tratamiento con Adempas. Aconsejar el uso de métodos anticonceptivos eficaces antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento y hasta un mes después de terminar el tratamiento con Adempas.

En caso de que se detecte un embarazo, interrumpir el tratamiento con Adempas tan pronto como sea posible.

Contraindicaciones

- El uso de Adempas está contraindicado en pacientes embarazadas.
- La administración simultánea con nitratos o donantes de óxido nítrico (como el nitrito de amilo) está contraindicada de cualquier forma.
- La administración simultánea de Adempas con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE-5) específicos (como el sildenafilo, el tadalafilo o el vardenafilo) o inhibidores de PDE no específicos (como el dipiridamol o la teofilina). No administrar durante las 24 horas posteriores a la administración de sildenafilo. No administrar durante las 24 horas anteriores o las 48 horas posteriores a la administración de tadalafilo.
- Adempas está contraindicado en pacientes con administración simultánea de otros estimuladores de la guanilato ciclasa soluble (sGC).
- Adempas está contraindicado en pacientes con hipertensión pulmonar asociada con neumonías intersticiales idiopáticas (PH-IIP).

Advertencias y precauciones

Toxicidad embriofetal. En función de datos provenientes de estudios de reproducción en animales, Adempas puede producir daño fetal cuando se administra a embarazadas. Asimismo, está contraindicado durante el embarazo. Los datos disponibles provenientes de estudios en seres humanos para riociguat no establecen la presencia o ausencia de defectos congénitos graves relacionados con el uso de Adempas. Se debe informar a las pacientes que puedan quedar embarazadas sobre el riesgo para el feto. Se debe confirmar que no haya un embarazo antes del inicio del tratamiento con Adempas. Se debe recomendar a las mujeres con capacidad de procrear que utilicen métodos anticonceptivos eficaces antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento con Adempas y durante al menos un mes después de la última dosis. En caso de que se detecte un embarazo, se debe interrumpir el tratamiento con Adempas tan pronto como sea posible.

Hipotensión. Adempas reduce la presión arterial. Se debe tener en cuenta la posibilidad de hipotensión sintomática o isquemia en pacientes con hipovolemia, obstrucción grave del flujo de salida ventricular izquierdo, hipotensión en reposo, disfunción autonómica o tratamiento simultáneo con antihipertensivos o inhibidores potentes de CYP y P-gp/BCRP. Se debe considerar una reducción de la dosis si el paciente presenta signos o síntomas de hipotensión.

Sangrado. En los ensayos clínicos controlados con placebo, se produjo sangrado grave en el 2.4 % de los pacientes que recibieron Adempas en comparación con el 0 % de los pacientes que recibieron placebo. Se produjo hemoptisis grave en 5 pacientes (1 %) que recibieron Adempas en comparación con 0 pacientes que recibieron placebo, lo que incluyó un evento con desenlace mortal. Los eventos hemorrágicos graves también incluyeron 2 pacientes con hemorragia vaginal, 2 con hemorragia en el lugar de inserción del catéter, y 1 con hematoma subdural, 1 con hematemesis y otro con hemorragia intraabdominal.

Enfermedad venooclusiva pulmonar. Los vasodilatadores pulmonares pueden agravar considerablemente el estado cardiovascular de los pacientes con enfermedad venooclusiva pulmonar (EVPO). Por lo tanto, no se recomienda la administración de Adempas a dichos pacientes. En caso de que aparezcan signos de edema pulmonar, se debe considerar la posibilidad de EVPO asociada; si esto se confirma, se debe interrumpir el tratamiento con Adempas.

Reacciones adversas más frecuentes

Las reacciones adversas que se produjeron con mayor frecuencia (≥3 %) en pacientes tratados con Adempas que en sujetos que recibieron placebo fueron dolor de cabeza (27 % frente al 18 %), dispepsia/gastritis (21 % frente al 8 %), mareos (20 % frente al 13 %), náuseas (14 % frente al 11 %), diarrea (12 % frente al 8 %), hipotensión (10 % frente al 4 %), vómitos (10 % frente al 7 %), anemia (7 % frente al 2 %), enfermedad por reflujo gastroesofágico (5 % frente al 2 %) y estreñimiento (5 % frente al 1 %).

Otros eventos que se observaron con mayor frecuencia en pacientes tratados con Adempas en comparación con el placebo y que posiblemente estuvieron relacionados con el tratamiento fueron: palpitaciones, congestión nasal, epistaxis, disfagia, distensión abdominal y edema periférico.

Para obtener información importante sobre riesgos y uso, consulte la Información para prescribir completa, incluida la advertencia destacada.

Para reportar cualquier efecto adverso, queja técnica sobre el producto, error de medicación o embarazo asociado al uso de Adempas, póngase en contacto con: Bayer al 1-888-842-2937, o envíe la información a DrugSafety.GPV.US@bayer.com.

PP-ADE-US-3401-1
Octubre de 2026

Teléfono: 1-855-4ADEMPAS (1-855-423-3672) Fax: 1-855-662-5200

Adempas® riociguat tablets
0.5mg | 1mg | 1.5mg | 2mg | 2.5mg

Llene este formulario disponible en www.adempas-us.com y envíelo por fax junto con la información de seguro del paciente al programa Adempas al 1-855-662-5200

SECCIÓN 4 Inscripción al programa de apoyo a pacientes

Inscripción al programa de apoyo a pacientes

Bayer ofrece servicios de apoyo al paciente para los pacientes de Adempas que incluyen: (A) enfermeros que le ayuden a iniciar el tratamiento y a alcanzar la dosis óptima, (B) comprobación de las prestaciones del seguro para Adempas y ayuda económica para los pacientes que reúnan los requisitos y (C) formación sobre la HPTEC y/o la HAP, así como consejos útiles para gestionar su tratamiento con Adempas («myAIM»). Estos Programas son totalmente opcionales y usted puede inscribirse en uno o en todos ellos. Para inscribirse en myAIM, tendrá que firmar una autorización HIPAA para que su proveedor de atención médica y/o farmacia compartan su información médica protegida con Bayer y el administrador del Programa myAIM.

Permanecerá inscrito en cada Programa que seleccione a menos que decida no participar poniéndose en contacto con myAIM por teléfono llamando al 1-855-423-3672 o mediante una notificación por escrito enviada a: 200 Pinecrest Plaza, Morgantown WV 26505, o hasta que expire su Autorización HIPAA.

Por favor, inscríbame en: (marque todas las opciones que correspondan)

☐ A: Enfermería ☐ B: Verificación de prestaciones y asistencia financiera

☐ C: Información educativa digital - dirección de correo electrónico: _____@ _____

Paciente – por favor ponga sus iniciales aquí para confirmar sus elecciones opcionales: _____

El paciente puede renunciar a cualquiera de los programas anteriores (o a todos) poniéndose en contacto con el programa AIM.

ESTA ÁREA SE DEJÓ INTENCIONALMENTE EN BLANCO

Para reportar cualquier efecto adverso, queja técnica sobre el producto, error de medicación o embarazo asociado al uso de Adempas, póngase en contacto con: Bayer al 1-888-842-2937, o envíe la información a DrugSafety.GPV.US@bayer.com.

AUTORIZACIÓN DE HIPAA DEL PACIENTE

Proporciono voluntariamente esta autorización para el uso y la divulgación de mi Información Médica Protegida ("PHI"), tal y como dicho término se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (en su versión modificada, "HIPAA"). Entiendo que la PHI es información médica que me identifica o que podría utilizarse razonablemente para identificarme. Autorizo a mi proveedor de asistencia médica, incluidos mi médico y mi farmacia, y a mi plan de salud, a revelar a Bayer y a sus agentes contratados mi nombre, dirección, número de teléfono, situación y cobertura del seguro médico y la información médica que pueda ser necesaria para inscribirme en el Programa Aim de Apoyo al Paciente.
Entiendo que esta(s) divulgación(es) contendrá(n) PHI, incluyendo información sobre mi condición médica actual, tratamiento, coordinación de tratamiento y recepción de medicamentos. Autorizo el uso y la divulgación de mi PHI a Bayer y a sus agentes contratados para los siguientes fines:

- Para verificar la información y la cobertura de mi seguro
- Garantizar la exactitud e integridad del formulario de inscripción en el Programa de Apoyo a Pacientes de Aim.
- Para ayudarme con mis preguntas sobre la cobertura del seguro para los medicamentos de Bayer
- Para determinar si cumplo los requisitos de otros programas de apoyo al paciente de Bayer
- Para determinar si puedo optar a otras fuentes de ayuda económica para medicamentos recetados
- Proporcionar educación, formación y apoyo continuo sobre el uso de mi medicación de Bayer.
- Para enviarme información sobre productos y servicios de Bayer relacionados con mi tratamiento
- Para enviarme recordatorios de reposición de mis medicamentos con receta de Bayer y fomentar su uso adecuado
- Para comunicarse conmigo, con mis profesionales sanitarios y con mi plan de salud acerca de mi atención y tratamiento médicos.
- Para ponerse en contacto conmigo con fines de investigación de mercado, apoyo a las ventas y para cumplir la legislación aplicable.
- Bayer puede ponerse en contacto conmigo para obtener información sobre el seguimiento de posibles efectos adversos.

Comprendo que:

- Esta Autorización permanecerá en vigor hasta el final de mi participación en el Programa de Apoyo a Pacientes de Aim o 10 años, a menos que esté sujeta a la ley aplicable a partir de la fecha de mi firma en esta Autorización, lo que ocurra más tarde.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con myAIM por teléfono llamando al 1-855- 423-3672.
- Si cancelo esta Autorización, mi proveedor de atención médica y mi plan de salud dejarán de compartir mi PHI con Bayer y sus agentes contratados. No obstante, la revocación no afectará al uso o divulgación previos de mi PHI en virtud de esta Autorización.
- Puedo optar por que no se pongan en contacto conmigo para realizar estudios de mercado o con fines de apoyo comercial, y aun así inscribirme en el programa de apoyo al paciente.
- Que las entidades que reciban mi PHI de acuerdo con esta Autorización pueden no estar obligadas por ley a mantener la privacidad de la información y que ésta dejará de estar protegida por la ley de privacidad HIPAA. Es posible que pase a ser de dominio público.
- No necesito firmar esta Autorización para recibir (i) tratamiento médico o medicación o (ii) cobertura, pago, inscripción o derecho a prestaciones de mi plan de salud. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, es posible que no participe en el Programa de Apoyo al Paciente Aim ni pueda optar a otros programas de apoyo al paciente de Bayer.
- Mis proveedores de atención médica, aseguradoras, farmacias y planes de salud pueden recibir remuneración (pago) de Bayer a cambio de prestar servicios a Bayer que pueden implicar el uso o la divulgación de mi PHI.

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los usos y divulgaciones de la PHI. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización y que puedo obtener más información sobre el uso y la divulgación de la PHI poniéndome en contacto con el Programa de Apoyo al Paciente de Aim llamando al 1-855-4ADEMPAS (1-855-423-3672).

EL PACIENTE DEBE FIRMAR Y FECHAR

Nombre del paciente (letra de imprenta). _____

Firma del paciente (o tutor legal)* _____ **Fecha (mm/dd/aaaa):** _____

Si lo firma un representante legal —
Nombre en letra de imprenta: _____ **Relación con el paciente:** _____

Para reportar cualquier efecto adverso, queja técnica sobre el producto, error de medicación o embarazo asociado al uso de Adempas, póngase en contacto con: Bayer al 1-888-842-2937, o envíe la información a DrugSafety.GPV.US@bayer.com.

Teléfono: 1-855-4ADEMPAS (1-855-423-3672) Fax: 1-855-662-5200

Adempas® riociguat tablets
0.5mg | 1mg | 1.5mg | 2mg | 2.5mg