United Therapeutics Cares®

¿Preguntas sobre cómo llenar este formulario? Comuníquese con el equipo de United Therapeutics Cares®.

Lun–Vie, 8:30 am–7 pm ET
T: 1-844-864-8437
F: 1-800-380-5294

Formulario de Autorización del Paciente de United Therapeutics Cares®

Por favor devuelva a United Therapeutics Cares por fax al 1-800-380-5294 o envíe por correo a: United Therapeutics, P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709

Por favor incluya todas las firmas y fechas requeridas.
Llame al 1-844-864-8437 o visite UnitedTherapeuticsCares.com

Escanee para inscribirse o agregar nuestro contacto

***obligatorio**

¿Quién es el paciente?

*Primer nombre, inicial 2do nombre		*Apellido	
*Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	*Género: ◯ Masc ◯ Fem	*Correo electrónico	
*Domicilio	*Ciudad	*Estado	*Cód. post.
Dirección postal (si es diferente del domicilio)	Ciudad	Estado	Cód. post.
*Teléfono	◯ Personal ◯ Oficina	Hora para llamar: ◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche	
¿Está bien dejarle mensaje? ◯ Sí ◯ No	Idioma principal		
Nombre de cuidador/pariente	Correo electrónico de cuidador		
Teléfono de cuidador	◯ Personal ◯ Oficina	Hora para llamar: ◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche	

El paciente autoriza al cuidador para que reciba información en cuanto a su tratamiento y cuidados.

Solicite al paciente que llene y firme este formulario

Consentimiento para inscribirse en United Therapeutics Cares

Inscripción en United Therapeutics Cares Al entregar este formulario, estoy inscribiéndome en United Therapeutics Cares y autorizo a United Therapeutics Corporation, sus filiales, proveedores, agentes y representantes (en conjunto, "United Therapeutics") para que me presten servicios (los "Servicios"). Estos Servicios incluyen:

① **Apoyo para el acceso y asequibilidad:** United Therapeutics Cares ofrece apoyo para educar a pacientes y cuidadores sobre su cobertura de seguro, responder a preguntas relacionadas con el acceso y explicar las alternativas de elegibilidad e inscripción para ayuda financiera.

② **Educación sobre productos**: United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que proporciona educación sobre enfermedades y productos a pacientes y sus cuidadores.

③ **Coordinación**: United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que trabaja con pacientes y sus cuidadores, Farmacias especializadas y proveedores de servicios de salud para ayudar a reducir los obstáculos no clínicos a la terapia, incluyendo el triaje de recetas, coordinación de entregas y seguimiento de pacientes de manera continua luego del inicio de la terapia.

④ **Programa de Asistencia al Paciente**: United Therapeutics Cares ofrece un programa de medicamentos gratuitos para pacientes no asegurados o con seguro inadecuado que reúnen los requisitos de elegibilidad.

El consentimiento para inscribirse en los servicios no garantiza que se presten servicios. El paciente y el proveedor de servicios de salud reconocen que se podría requerir información adicional para evaluar la elegibilidad para servicios y prestarlos. No se requiere el consentimiento para entregar una receta y para que una farmacia especializada la procese.

Verificación de elegibilidad Si está inscribiéndose en el Programa de Asistencia al Paciente, autorizo a que United Therapeutics verifique mi elegibilidad, lo cual podría incluir contactarme o a mi proveedor de servicios de salud y examinar información adicional médica, financiera o de seguros. La elegibilidad se verificará periódicamente.

Marque aquí: ◯ Con la marca en esta casilla, autorizo a United Therapeutics y a sus proveedores, de conformidad con la Ley de Informes de Crédito Justos, a que obtengan mi perfil de crédito y demás información relevante con el único propósito de determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente. Ante mi solicitud, United Therapeutics me informará si se solicitó un informe de consumidor y proporcionará los datos de contacto de la agencia. La inscripción y continuación están sujetas a la verificación oportuna de mis ingresos.

Condiciones de participación Si recibo medicamentos gratuitos a través del Programa de Asistencia al Paciente, no buscaré reembolsos de los programas de salud financiados por el gobierno (Medicare/Medicaid/Administración de Veteranos/Departamento de Defensa) ni presentaré los costos relacionados a ningún seguro médico, fundación, Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o Cuenta de Ahorros de Salud (HSA). Notificaré a United Therapeutics Cares de todo cambio en mi estado de asegurado o financiero y certifico que toda la información que he proporcionado es completa y precisa. United Therapeutics Cares podría ser modificado o suspendido sin notificación.

Uso de información personal Al presentar este formulario, concedo mi consentimiento a la recolección, uso y divulgación de mi información personal de salud y de contacto para la prestación de servicios y otros propósitos comerciales, según se describe en la Declaración de Privacidad de United Therapeutics (unither.com/privacy). Dependiendo de mi ubicación, podré tener otros derechos en lo que respecta a mi información personal, incluyendo la solicitud de acceso a y de eliminación de información. Los residentes de California deberán consultar la Notificación de CCPA en la Declaración de Privacidad. Las solicitudes para ejercer esos derechos pueden presentarse llamando al 844-864-8437 o escribiendo a privacyoffice@unither.com.

United Therapeutics Cares®

¿Preguntas sobre cómo llenar este formulario? Comuníquese con el equipo de United Therapeutics Cares®.

Lun–Vie, 8:30 am–7 pm ET
T: 1-844-864-8437
F: 1-800-380-5294

*Nombre de paciente:

*Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)

Solicite al paciente que llene y firme (continuación)

Consentimiento para inscribirse en United Therapeutics Cares

Consentimiento de comunicaciones

Al marcar la(s) casilla(s) a continuación concedo mi consentimiento para recibir ciertas comunicaciones de United Therapeutics y de sus agentes (incluyendo a proveedores de servicios en su nombre) por correo postal, fax, correo electrónico, teléfono (incluso móviles) y mensajes de texto. Comprendo y reconozco que mi información personal, incluyendo la información de salud, podrá usarse o divulgarse como parte de las comunicaciones. Las comunicaciones que se transmitan por correo electrónico o mensajes de texto no encriptados a través de una red abierta podrían tener riesgos inherentes de seguridad, y no existe garantía alguna de confidencialidad de la información comunicada por esta vía.

Autorización para comunicaciones por texto

Marque aquí: ◯ Concedo mi consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados de United Therapeutics Cares en el número móvil que he proporcionado. Se podrían aplicar cargos por texto y datos. La frecuencia varía. Comprendo que no es necesario que conceda mi consentimiento para participar en United Therapeutics Cares ni tampoco comprar bienes o servicios. Puedo responder «HELP» para obtener ayuda y «STOP» para excluirme en cualquier momento. El procesamiento de la información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics en unither.com/privacy, y a los Términos y condiciones de mensajes de texto dados en unither.com/textterms.

Comunicaciones con información de producto

Marque aquí: ◯ Si se encuentra disponible para mi medicamento suministrado por United Therapeutics, concedo mi consentimiento para inscribirme y acceder a un portal seguro con recursos personalizados que incluyen sugerencias, mejores prácticas y material educativo para apoyar mi terapia y dispositivos relacionados. Además, consiento en recibir comunicaciones por correo postal o electrónico y teléfono (incluso móviles), incluyendo el uso de tecnologías automatizadas, al número y dirección que le he provisto a United Therapeutics sobre sus productos, programas, servicios, materiales de estado de enfermedades, materiales educativos y de adherencia, promociones, investigaciones y encuestas, y otras oportunidades de investigación. Comprendo que puedo actualizar mis preferencias y/o excluirme en cualquier momento. También sé que el procesamiento de mi información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics dada en unither.com/privacy.

Información adicional Si tiene alguna pregunta, desea actualizar su información o cancelar su inscripción, por favor llame al 844-864-8437 de lunes a viernes de 8:30 am a 7 pm ET, o escríbanos a P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709.

Firma de consentimiento del paciente

Nombre de paciente (letra de molde)

Fecha

Firme aquí: Firma del paciente o representante autorizado

Relación con el paciente

Autorización para compartir la información de salud

United Therapeutics Cares ofrece apoyo para pacientes, incluso programas educativos, gestión de casos y ayuda financiera a pacientes elegibles. Con mi firma a continuación autorizo a los proveedores de salud, seguros médicos y farmacias («Mis Proveedores de Salud») a que compartan con United Therapeutics y sus filiales y proveedores de bienes y servicios mi estado médico, recetas, tratamiento e información de seguro («Mi Información») para los fines siguientes:

① Revisar mi elegibilidad de beneficios para un producto de United Therapeutics.

② Obtener información de cobertura de seguros.

③ Acceder a información crediticia y de otro tipo para estimar mis ingresos, de ser necesario, para verificar elegibilidad para ayuda financiera.

④ Facilitar programas de apoyo de United Therapeutics Cares.

⑤ Coordinar logística de tratamiento con Mis Proveedores de Salud.

⑥ Desidentificar Mi Información y combinarla con otros datos desidentificados con propósitos de investigación, mejora de procesos y programas, y publicaciones.

⑦ Comunicarse conmigo por teléfono, texto o correo postal o electrónico sobre United Therapeutics Cares, medicamentos, productos o servicios.

Comprendo que una vez que se haya divulgado Mi Información a United Therapeutics, la misma podría ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales, pero la misma solo será usada según lo descrito o según lo requiera la ley. Mi farmacia y aseguradoras podrían recibir compensación de United Therapeutics por compartir Mi Información para la organización de programas de apoyo. Reconozco que Mi Información está sujeta a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics (unither.com/privacy). Negarme a firmar esta Autorización no impactará mi tratamiento, seguro o beneficios, pero sí impedirá que participe en los programas de apoyo de United Therapeutics. Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento por medio de enviar una notificación por escrito a United Therapeutics Cares, P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709 o por correo electrónico a opt-out@UnitedTherapeuticsCares.com. La cancelación no afecta las divulgaciones previas. Esta Autorización vence a los diez (10) años de la fecha indicada a continuación a menos que se revoque antes o que la ley imponga un período más corto. Se le proporcionará una copia de esta Autorización si la solicita.

Firma de consentimiento del paciente

Nombre de paciente (letra de molde)

Fecha

Firme aquí: Firma del paciente o representante autorizado

Relación con el paciente

United Therapeutics Cares®

Portada de fax de referencia

T: +1-844-864-8437
F: +1-800-380-5294
unitedtherapeuticscares.com

Por favor, rellene la información siguiente y envíela por fax a United Therapeutics Cares

- Rellene todas las secciones del Formulario de Autorización del Paciente
- Envíe esta portada por fax al 1-800-380-5294

Para: United Therapeutics Cares®	**De:**	**Fecha:**
Nombre de la instalación:	**Fax:**	**Teléfono:**
Asunto:		**Páginas:**

Comentarios:

United Therapeutics
A PUBLIC BENEFIT CORPORATION

© 2026 United Therapeutics Corporation.
Reservados todos los derechos.
US/PTR/0175 2.0

Importante: Esta transmisión contiene información confidencial que podría estar protegida por leyes estatales y federales. Esta transmisión está destinada para el uso exclusivo de United Therapeutics Corporation. Si usted no es el destinatario previsto de ésta, se le notifica por este medio que toda divulgación, diseminación, distribución o copia de esta información está terminantemente prohibida y podría resultar en acciones legales. Por favor, notifique al remitente por teléfono al número indicado arriba para informarle que esto le fue enviado por error y para hacer arreglos para la devolución o destrucción de esta información y de todas las copias de la misma en su posesión, y para evitar la recurrencia.

United Therapeutics Cares® es marca comercial registrada de United Therapeutics Corporation.
Todas las marcas mencionadas son marcas comerciales de United Therapeutics Corporation.