

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SAGE CENTRAL

FAX: 833-564-SAGE (833-564-7243)
 TELÉFONO: 844-4-SAGERX (844-472-4379),
 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este
 CORREO ELECTRÓNICO:
 support@sagecentralsupport.com

Para más asistencia llame al número de teléfono mencionado anteriormente. Proveedores de atención médica llenen los campos requeridos en la PÁGINA 4.

SAGE CENTRAL®
 PATIENT SUPPORT

Zulresso®
 (brexanolone) injection
 for intravenous use 100mg/20mL

Cómo completar el formulario

Para inscribirse en Sage Central, siga los pasos a continuación.

- 1 Lea la *Autorización para compartir información médica personal* en la página 2, luego firme a continuación para dar su consentimiento.
- 2 Marque la casilla para recibir comunicaciones publicitarias. (Opcional)
- 3 Llene las secciones **A** y **B**.
- 4 Realice una fotocopia de ambos lados de su tarjeta de seguros para que el proveedor de atención médica la envíe junto con su formulario.

Qué sucede luego

Una vez que Sage Central reciba su formulario, usted recibirá una llamada dentro de 1 o 2 días hábiles.

- Esta llamada será desde un **código de área 844** por parte de un Sage Central Navigator y puede decir "Apoyo para pacientes"
- Si pierde esta llamada, llame a Sage Central al número mencionado anteriormente

Una vez que se confirme la información necesaria de su proveedor de seguros, un Sage Central Navigator se pondrá en contacto con usted.

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

He leído y comprendo la *Autorización para compartir información médica personal* ("Autorización de la paciente") en la página 2 y doy consentimiento a los términos. Una firma es necesaria para inscribirse en Sage Central.

FIRME
 AQUÍ

FIRMA DE LA PACIENTE	FECHA DE HOY (MM/DD/AAAA)
----------------------	---------------------------

INFORMACIÓN DE LA(S) PAREJA(S) CUIDADORA(S)

Además, autorizo la divulgación de mi información médica a la siguiente persona designada (opcional):

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto del departamento de publicidad/marketing

- Al marcar esta casilla en el Formulario de inscripción de Sage Central, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y llamadas publicitarias por parte de Mis Entidades de Atención Médica y/o Sage (según se define en la Autorización de la paciente, en la página 2), incluyendo llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados mediante marcado automático o mensajes de voz pregrabados, al (a los) número(s) de teléfono que he proporcionado. Comprendo que mi consentimiento no es necesario como condición para recibir información o material sobre Sage o Mis Entidades de Atención Médica, o para comprar bienes o servicios de Sage o de Mis Entidades de Atención Médica. Comprendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos y que es posible que no todos los operadores sean compatibles. Política de privacidad disponible en <https://www.sagerx.com/privacy-policy/>.

Para obtener ayuda, envíe un mensaje con la palabra [HELP] al (844) 472-4379; para dejar de recibir mensajes de texto, envíe un mensaje con la palabra [STOP] al (844) 472-4379.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO		
IDIOMA DE PREFERENCIA		
NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL	NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA: <input type="checkbox"/> Número de teléfono móvil <input type="checkbox"/> Número de teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo		
MEJOR MOMENTO PARA LLAMAR: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		
<input type="checkbox"/> Marque si está bien que se deje un mensaje.		

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SEGURO

- Marque si la paciente no tiene seguro.

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AAAA)	RELACIÓN CON LA PACIENTE
SEGURO PRINCIPAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO	NÚMERO DE GRUPO
SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO	NÚMERO DE GRUPO
<i>Cobertura de farmacia</i>	
SEGURO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO	NÚMERO DE GRUPO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS
NÚMERO BIN PARA MEDICAMENTOS RECETADOS	NÚMERO PCN PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Lea el formulario completo y **ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1 Y 4**, una vez completadas, a Sage Central al **833-564-SAGE (833-564-7243)**.

Consulte la Información Importante de Seguridad Selecta en la página 3.

Lea la [Guía del Medicamento del Paciente](#), incluida la información sobre los efectos secundarios graves, en la [Información de Prescripción completa](#) disponible en [Zulresso.com](#)

Visite [SageCentralSupport.com](#) para obtener más información sobre Sage Central.

ZULRESSO, el logotipo de ZULRESSO y SAGE CENTRAL son las marcas registradas de Sage Therapeutics, Inc. SAGE THERAPEUTICS y el logotipo de SAGE THERAPEUTICS son marcas comerciales de Sage Therapeutics, Inc. Todas las demás marcas comerciales mencionadas en el presente documento son propiedad de sus respectivos dueños. ©2021 Sage Therapeutics, Inc. Todos los derechos reservados. 6/21 PP-US-ZUL-0583

Sage
 Therapeutics™

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SAGE CENTRAL

FAX: 833-564-SAGE (833-564-7243)
TELÉFONO: 844-4-SAGERX (844-472-4379),
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este
CORREO ELECTRÓNICO:
support@sagecentralsupport.com
Para más asistencia llame al número de teléfono
mencionado anteriormente. Proveedores de atención
médica llenen los campos requeridos en la **PÁGINA 4**.

SAGE CENTRAL®
PATIENT SUPPORT

Zulresso®
(brexanolone) injection IV
for intravenous use 100mg/20mL

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Comprendo que Sage Central es un programa de apoyo para pacientes que ofrece Sage Therapeutics, Inc. para ayudar a las pacientes elegibles a obtener asistencia financiera y acceso a otros programas de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central.

Al firmar a continuación, otorgo mi permiso para que mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacia ("Mis Entidades de Atención Médica") compartan con Sage Therapeutics, Inc., sus asociados actuales y futuros, proveedores y otras compañías que trabajen con o en nombre de Sage Therapeutics, Inc. (designadas colectivamente "Sage"), información personal relacionada con mi afección médica, mi tratamiento y mi cobertura de seguro de salud ("Mi Información") de modo que Sage pueda: 1) obtener información sobre la cobertura del seguro para mi tratamiento; 2) revisar mi elegibilidad para obtener beneficios de mi plan de salud o de otros programas para mi tratamiento; 3) coordinar la logística del tratamiento con mi centro de atención médica para mi tratamiento; 4) facilitar mi ingreso a Sage Central y a programas adicionales de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central; 5) administrar los programas de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central; 6) acceder a mi información crediticia y a la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mi ingreso como parte de la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera; 7) quitar la identificación de Mi Información y combinarla con otros datos sin identificación para fines de investigación y publicación y 8) comunicarse conmigo para: (i) evaluar la efectividad de Sage Central y otros programas de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central; (ii) realizar estudios de mercado; (iii) hacer los arreglos necesarios para que reciba material educativo, promocional, y/o publicitario sobre Sage Central y sobre programas adicionales de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central, o sobre otros productos y servicios de Sage y (iv) ayudar a impulsar los objetivos comerciales internos de Sage, incluidos el control de calidad y la evaluación. Autorizo específicamente a Sage y a Mis Entidades de Atención Médica para que utilicen Mi información para comunicarse conmigo para fines no publicitarios por correo, correo electrónico, fax, llamadas telefónicas y mensajes de texto, incluso mediante el uso de un sistema de llamadas telefónicas automáticas o mensajes de voz pregrabados, al (a los) número(s) y la(s) dirección(es) proporcionado(s) en el Formulario de inscripción de Sage Central, y para utilizar la misma información para que utilicen esa misma información para comunicarse conmigo por correo, correo electrónico y fax para los fines publicitarios descritos anteriormente.

Comprendo que, una vez que Mi Información haya sido divulgada a Sage, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información. También comprendo, sin embargo, que Sage tiene previsto proteger Mi Información al usarla y divulgarla solo para fines autorizados en esta Autorización o según lo exija la ley. Comprendo que es posible que mi farmacia y compañías de seguros médicos reciban remuneraciones (pagos) por parte de Sage a cambio de que compartan Mi Información con Sage, con el fin de facilitar los programas de apoyo para pacientes descritos en esta Autorización.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que negarme no afectará mi tratamiento, la inscripción al seguro ni la elegibilidad para los beneficios de seguro, pero sí hará que no sea elegible para participar en programas de apoyo de Sage. Si lo firmo, puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, debo enviar una carta por correo a: Sage, 7751 Brier Creek Parkway, Suite 200, Raleigh, NC 27617 o un correo electrónico a support@sagecentralsupport.com. Comprendo que cancelar esta Autorización no invalida la fiabilidad de esta Autorización para usar o divulgar Mi Información antes de que Sage reciba la notificación de mi cancelación.

Esta Autorización expira diez (10) años después de la fecha que aparece junto a mi firma, a menos que la revoque con anterioridad o a menos que la ley aplicable exija un marco de tiempo más corto. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización después de que se haya firmado.

Lea el formulario completo y **ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1 Y 4**, una vez completadas, a Sage Central al **833-564-SAGE (833-564-7243)**.

Consulte la Información de Importante de Seguridad Selecta en la página 3.

Lea la [Guía del Medicamento del Paciente](#), incluida la información sobre los efectos secundarios graves, en la [Información de Prescripción completa](#) disponible en Zulresso.com

¿QUÉ ES ZULRESSO?

ZULRESSO es un medicamento con receta que se usa en adultos para tratar un determinado tipo de depresión llamada depresión posparto.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD SELECTA

Estos no son todos los efectos secundarios de ZULRESSO.

ZULRESSO puede provocar efectos secundarios graves, incluidos los siguientes:

- **Sedación excesiva y pérdida súbita del conocimiento.** ZULRESSO puede hacer que se sienta somnolienta (sedación excesiva) o se desmaye (pérdida del conocimiento). Su proveedor de atención médica debe controlarla para detectar síntomas de somnolencia excesiva cada 2 horas mientras esté despierta.
 - Durante la infusión, informe a su proveedor de atención médica de inmediato si siente que no puede permanecer despierta durante el tiempo que normalmente está despierta o si siente que se va a desmayar. Su proveedor de atención médica puede disminuir su dosis o interrumpir la infusión hasta que los síntomas desaparezcan.
 - Debe haber un cuidador o miembro de la familia con usted para ayudarla a cuidar a su(s) hijo(s) durante la infusión.
- Debido al posible riesgo de daños graves resultantes de la sedación excesiva o pérdida súbita del conocimiento, ZULRESSO está disponible solo a través de un programa restringido denominado ZULRESSO REMS.

ZULRESSO puede provocar otros efectos secundarios graves, incluidos los siguientes:

- **Mayor riesgo de pensamientos o acciones suicidas.** ZULRESSO y otros medicamentos antidepresivos pueden aumentar los pensamientos y acciones suicidas en algunas personas de 24 años de edad o menos. **Ponga mucha atención e informe a su proveedor de atención médica de inmediato si tiene alguno de los siguientes síntomas, en especial si son nuevos, empeoran o le preocupan:**
 - Intentos de suicidio, pensamientos acerca del suicidio o morir, eventos de depresión nuevos o más graves, otros cambios inusuales o repentinos en el comportamiento o el estado de ánimo.

Asista a todas las visitas de seguimiento y llame a su proveedor de atención médica entre visitas, según sea necesario, en especial si tiene preocupaciones acerca de sus síntomas.

Los efectos secundarios más frecuentes de ZULRESSO incluyen los siguientes:

- Somnolencia, boca seca, desmayo, rubefacción de la piel o la cara.

Llame a su médico para obtener asesoramiento médico con respecto a los efectos secundarios. Puede informar los efectos secundarios a la FDA al 1-800-FDA-1088.

Antes de recibir ZULRESSO, informe a su proveedor de atención médica acerca de todas sus afecciones médicas incluso si bebe alcohol, tiene problemas con los riñones, está embarazada o piensa que podría estar embarazada, está amamantando o planea amamantar. Se desconoce si ZULRESSO le provocará algún daño a su bebé en gestación. Si queda embarazada durante el tratamiento, hable con su proveedor de atención médica para registrarse en el Registro nacional del embarazo para antidepresivos (National Pregnancy Registry for Antidepressants) al 1-844-405-6185.

Mientras reciba ZULRESSO, evite lo siguiente:

- Conducir un automóvil o realizar otras actividades peligrosas después de su infusión de ZULRESSO hasta que la sensación de sueño haya desaparecido por completo.
- Beber alcohol.

Informe a su proveedor de atención médica acerca de todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos a base de hierbas. ZULRESSO y algunos medicamentos pueden interactuar entre sí y provocar efectos secundarios graves.

Especialmente informe a su proveedor de atención médica si toma otros antidepresivos, opioides, o depresores del sistema nervioso central (SNC) (como las benzodiazepinas).

Lea la [Guía del Medicamento del Paciente](#), incluida la información sobre los efectos secundarios graves, en la [Información de Prescripción completa](#) adjunta.

Lea el formulario completo y **ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1 Y 4**, una vez completadas, a Sage Central al **833-564-SAGE (833-564-7243)**.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SAGE CENTRAL

FAX: 833-564-SAGE (833-564-7243)
 TELÉFONO: 844-4-SAGERX (844-472-4379),
 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este
 CORREO ELECTRÓNICO:
 support@sagecentralsupport.com

Para más asistencia llame al número de teléfono mencionado anteriormente. Proveedores de atención médica llenen los campos requeridos en la **PÁGINA 4**.

SAGE CENTRAL®
 PATIENT SUPPORT

Zulresso®
 (brexanolone) injection IV
 for intravenous use 100mg/20mL

Solo para proveedores de atención médica

¿Está autorizado para recetar y supervisar el tratamiento con ZULRESSO en el Centro de Atención Médica certificado identificado en la sección D?

SÍ

Usted es el **MÉDICO PRESCRIPTOR** de la paciente. Llene la **Sección A**, a continuación. Si conoce al médico **REMITENTE**, proporcione esta información en la **Sección B**.

- Soy el médico prescriptor y supervisaré el tratamiento con ZULRESSO para la paciente identificada en la sección D.

NO

Usted es el **MÉDICO REMITENTE** de la paciente. Llene la **Sección B**, a continuación. Si conoce al médico **PRESCRIPTOR**, proporcione esta información en la **Sección A**.

- Estoy haciendo referencia a la paciente identificada en la sección D para el tratamiento con ZULRESSO en el Centro de Atención Médica mencionado en la sección D.

SECCIÓN A: MÉDICO PRESCRIPTOR

NOMBRE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR		
NÚMERO NPI DEL MÉDICO PRESCRIPTOR		
CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR		
CONTACTO DEL CONSULTORIO		
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	

SECCIÓN B: MÉDICO REMITENTE

NOMBRE DEL MÉDICO REMITENTE		
NÚMERO NPI DEL MÉDICO REMITENTE	CREDENCIALES PARA EL MÉDICO REMITENTE	
CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO REMITENTE		
CONTACTO DEL CONSULTORIO		
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	

- Al marcar esta casilla, doy fe de que, de acuerdo con mi juicio clínico, ZULRESSO es médicamente necesario para el tratamiento de la depresión posparto para la paciente identificada en la sección D, y la información que se proporciona en el Formulario de inscripción de Sage Central es completa, vigente y precisa según mi leal saber y entender.

Al firmar a continuación, certifico que he obtenido la autorización de la paciente para divulgar la información contenida en este formulario y cualquier otra información que pueda requerir Sage Therapeutics, Inc. y sus empleados o agentes para inscribir a la paciente y administrar los programas de apoyo para pacientes proporcionados por Sage Central.

FIRME AQUÍ

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	FECHA (MM/DD/AAAA)
FIRMA	

Nota: Se requiere la Autorización de la paciente para inscribirse en Sage Central. Si no se obtiene la Autorización de la paciente antes de la presentación de este formulario de inscripción, el Médico Remitente o el Médico Prescriptor que firma arriba, autoriza a Sage Therapeutics, Inc. para comunicarse con la paciente identificada en la sección D para la finalización.

SECCIÓN C: DIAGNÓSTICO (Esta sección es obligatoria.)

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Código ICD-10: F53.0 Otros _____

SECCIÓN D: INFORMACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA CERTIFICADO (Esta sección es obligatoria.)

Si usted es el Médico Remitente, ingrese aquí la ubicación del Centro de Atención Médica de su preferencia. Sin embargo, si necesita ayuda para encontrar un Centro de Atención Médica certificado de la ZULRESSO REMS para la paciente identificada en esta sección, marque la casilla adecuada en la primera línea y deje los campos relacionados con el Centro de Atención Médica en blanco.

<input type="checkbox"/> Necesito ayuda para encontrar un Centro de Atención Médica certificado de la ZULRESSO REMS para esta paciente.		<input type="checkbox"/> Trabaje directamente con las pacientes para encontrar un Centro de Atención Médica certificado de la ZULRESSO REMS.	
NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
PESO DE LA PACIENTE (LB)	FECHA DE ENTREGA (MM/DD/AAAA)	CÓDIGO POSTAL	
CENTRO DE SALUD, INCLUIDO EL DEPARTAMENTO/UBICACIÓN ESPECÍFICO			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX		

Lea el formulario completo y **ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1 Y 4**, una vez completadas, a Sage Central al **833-564-SAGE (833-564-7243)**.

Consulte la Información Importante de Seguridad Selecta en la página 3.

Para obtener más información, consulte la [Información de Prescripción Completa incluido el Recuadro de Advertencias](#) disponible en [ZulressoHCP.com](#)

ZULRESSO, el logotipo de ZULRESSO y SAGE CENTRAL son las marcas registradas de Sage Therapeutics, Inc. SAGE THERAPEUTICS y el logotipo de SAGE THERAPEUTICS son marcas comerciales de Sage Therapeutics, Inc. Todas las demás marcas comerciales mencionadas en el presente documento son propiedad de sus respectivos dueños.

©2021 Sage Therapeutics, Inc. Todos los derechos reservados. 6/21 PP-US-ZUL-0583

Sage
 Therapeutics™