FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

acadia connect® | Daybue® (trofinetide) oral solution | Daybue® Stix (trofinetide) for oral solution

Proveedores de atención médica:

- Envíe el formulario de inscripción completado, la copia de todas las tarjetas de seguro (anverso y reverso) y la copia de las notas de la historia clínica del paciente a Acadia Connect®.
- Pida al padre/madre/tutor legal que lea las páginas 3 a 5 y firme donde se indique.
- Envíe por fax el formulario completado a Acadia Connect al 1-888-385-2748.
- Si su consultorio no ha recibido un fax de confirmación de que su formulario de inscripción se ha recibido en el plazo de un (1) día laborable después del envío, vuelva a enviarlo o llame a Acadia Connect al 1-844-737-2223, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el paciente: _____ Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

N.° de teléfono particular: _____ N.° de teléfono móvil: _____

N.° de teléfono del trabajo: _____ N.° de teléfono preferido: ☐ Particular ☐ Trabajo ☐ Móvil

Mejor hora para llamar: ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO ☐ Sin seguro

Nombre del seguro médico principal: _____

N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____ N.° de teléfono: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de teléfono del seguro de fármacos con receta: _____

N.° de grupo del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de PCN del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de BIN del seguro de fármacos con receta: _____

Nombre del seguro médico secundario: _____

N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____ N.° de teléfono: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de teléfono del seguro de fármacos con receta: _____

N.° de grupo del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de PCN del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de BIN del seguro de fármacos con receta: _____

3 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: _____ Apellido: _____

Especialidad del médico que emite la receta: _____ Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.° de NPI: _____ N.° de ID del proveedor médico: _____ N.° de DEA: _____

N.° de teléfono: _____ N.° de fax: _____

Contacto del consultorio: _____ N.° de teléfono de contacto: _____ Correo electrónico del consultorio: _____

©2026 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0730 05/26.

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

acadia connect® | Daybue® (trofinetide) oral solution | Daybue® Stix (trofinetide) for oral solution

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

4 INFORMACIÓN CLÍNICA

Código ICD-10 aplicable: _____ ¿Se le han realizado pruebas genéticas al paciente? (Proteína de unión 2 a metil-CpG [*MECP2*]) ☐ No ☐ Sí Fecha de la prueba: _____

Compañía de pruebas genéticas: _____

Resultados de la prueba genética: _____

¿El paciente tiene insuficiencia renal conocida? ☐ No ☐ Sí Nivel de tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) actual: _____

5 RECETA DE FARMACIA

Peso del paciente (kg): _____ **Administración:** ☐ Oral ☐ Sonda de gastrostomía **Tipo:** ☐ ENFit® ☐ Jeringa Luer Lock

☐ DAYBUE® STIX (trofinetida) para solución oral

Cantidad de días de suministro: _____ **Reposiciones:** _____

Seleccione la dosis adecuada para el paciente seleccionando una casilla.

	Peso DEL Paciente	DOSIS DE Daybue	CONCENTRACIÓN DEL PAQUETE DE Stix
☐	9 kg a <12 kg	5,000 mg dos veces al día	Paquetes de 5,000 mg
☐	12 kg a <20 kg	6,000 mg dos veces al día	Paquetes de 6,000 mg
☐	20 kg a <35 kg	8,000 mg dos veces al día	Paquetes de 8,000 mg
☐	35 kg a <50 kg	10,000 mg dos veces al día	Paquetes de 5,000 mg
☐	50 kg o más	12,000 mg dos veces al día	Paquetes de 6,000 mg
☐	Otra dosis	_____mg dos veces al día	_____mg en paquetes

La farmacia especializada proporcionará al cuidador las instrucciones necesarias sobre el volumen de la dilución y la administración, a menos que se indiquen en las instrucciones de prescripción adicionales a continuación.

O

☐ DAYBUE® (trofinetida) 200 mg/ml, solución oral

Cantidad de días de suministro: _____ **Reposiciones:** _____

Seleccione la dosis adecuada para el paciente seleccionando una casilla.

	Peso DEL Paciente	DOSIS DE Daybue	Solución oral
☐	9 kg a <12 kg	5,000 mg dos veces al día	25 ml por dosis
☐	12 kg a <20 kg	6,000 mg dos veces al día	30 ml por dosis
☐	20 kg a <35 kg	8,000 mg dos veces al día	40 ml por dosis
☐	35 kg a <50 kg	10,000 mg dos veces al día	50 ml por dosis
☐	50 kg o más	12,000 mg dos veces al día	60 ml por dosis
☐	Otra dosis	_____mg dos veces al día	_____ml por dosis

Instrucciones de prescripción adicionales (p. ej., ajuste de la dosis, DAYBUE STIX en mg y solución oral de DAYBUE en ml): _____

Alergias del paciente: ☐ SAMC Indique: _____

Medicamentos actuales: _____

En sus envíos mensuales, todos los pacientes recibirán los materiales auxiliares necesarios para el método de tratamiento seleccionado por el médico que emite la receta.

6 AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Doy fe de que he obtenido el permiso por escrito, en el caso de que lo exija la legislación federal y/o estatal vigente, de mi paciente (o del representante legal del paciente) para la divulgación de la Información médica protegida ("Protected Health Information, PHI") de mi paciente a Acadia Pharmaceuticals Inc. o a sus representantes o agentes (en conjunto, "Acadia") según pueda ser necesario para la participación del paciente en un programa diseñado para ayudar a los pacientes a determinar su cobertura del seguro para DAYBUE que he elegido recetar. Ordeno a Acadia que transmita, en mi nombre, cualquier PHI relacionada con la receta y otra información de receta entregada a Acadia para DAYBUE a la farmacia dispensadora elegida por o para el paciente, a la compañía de seguros médicos del paciente y a otros terceros según sea necesario para dispensar la receta del paciente para DAYBUE, con la verificación de la cobertura del seguro del paciente para DAYBUE, proporcionando información relativa a la cobertura y beneficios del pagador y a la forma de preparar solicitudes de autorización previa, apelaciones de determinación de cobertura u otras cuestiones de cobertura, y/o ayudando con la asistencia y apoyo al paciente o DAYBUE a costo reducido. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de receta específicos del estado tal como la receta electrónica, el formulario de recetas específico del estado, el texto del fax, etc. Acepto que Acadia pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con DAYBUE, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Nombro a Acadia como mi agente con el fin de transmitir esta receta a la farmacia dispensadora adecuada. Certifico que DAYBUE es médicamente necesario y es lo mejor para el paciente nombrado.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y acepto la declaración de autorización del médico que emite la receta anterior.

Firme aquí Firma (dispensar tal y como está escrito): _____ Fecha: _____
Sin firma de sello

O

Firme aquí Firma (sustitución permitida): _____ Fecha: _____
Sin firma de sello

Nombre en letra de imprenta: _____

©2026 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0730 05/26.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

7 PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender).

ROLES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE CUIDADO MÉDICO	CONSULTORIO DEL PROVEEDOR	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DEL CONSULTORIO

8 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(Lea y firme en la página siguiente si está de acuerdo).

Por la presente, autorizo y ordeno a los proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos que emiten la receta, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y a las compañías de seguros médicos de mi hijo o menor ("hijo" en conjunto) y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados y agentes (en conjunto, los "proveedores") para usar la Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de mi hijo o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y sus representantes y agentes (en conjunto, "Acadia") para ayudar a mi hijo a obtener los servicios de asistencia de DAYBUE y Acadia Connect (nos referimos a Acadia Connect y al Programa de tarjetas de copago de Acadia denominados colectivamente como "Servicios de apoyo de Acadia Connect" o el "Programa"). Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con la afección médica de mi hijo, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en esta autorización y en cualquier receta. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con esta autorización.

Además, autorizo a Acadia a utilizar la información médica que recopile sobre mi hijo y a divulgarla a terceros, lo que incluye, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros y programas de asistencia al paciente en relación con la obtención de DAYBUE por parte de mi hijo o su participación en el Programa. Esto incluye la comunicación conmigo y con mi hijo acerca del Programa; la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la evaluación de la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la entrega de medicamentos. También autorizo a Acadia a divulgar cualquier información sobre mí y mi hijo que Acadia pueda crear o recibir a los proveedores de mi hijo para fines del Programa.

©2026 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0730 05/26.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

8 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(Lea y firme a continuación si está de acuerdo).

Entiendo que una vez que la PHI de mi hijo u otra información sobre él se divulgue a Acadia o que Acadia divulgue en virtud de esta autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo no afectará al tratamiento que mi hijo reciba de sus proveedores, ni afectará la inscripción o elegibilidad de mi hijo para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tenga derecho. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización en nombre de mi hijo, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que las divulgaciones de la PHI de mi hijo y otra información sobre él por parte de sus proveedores y Acadia a los fines del Programa son necesarias para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ni a otra información ya utilizada o divulgada en función de esta autorización antes de recibir la notificación de la cancelación. Entiendo que esta autorización es válida durante un período de 10 años o durante un período más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que mi hijo y yo tenemos derecho a recibir y que Acadia nos proporcionará una copia firmada de esta autorización. Puedo solicitar copias adicionales comunicándome con Acadia al 844-737-2223 o a través del correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Firme aquí Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

©2026 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0730 05/26.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

8 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(Lea y firme a continuación si está de acuerdo).

FIRMA Y CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA PARA PROCESAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA FINES DEL PROGRAMA (Requerido para participar en el Programa)

Acepto, en nombre de mi hijo, que mi hijo se inscriba en Acadia Connect y, si es elegible, acepto que mi hijo se inscriba en el Programa. Entiendo que cualquier asistencia con mi copago o la distribución de costos por DAYBUE se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del Programa que figuran en https://www.acadiaconnect.com/daybue/es/caregivers/about.

También acepto que Acadia pueda recopilar y procesar información médica sobre mi hijo, incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, la información sobre la participación de mi hijo en el Programa y otra información médica sobre mi hijo, como el diagnóstico, los síntomas, la medicación y las conclusiones derivadas de estos, para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. Esto incluye la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la entrega de medicamentos. También acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo a través de la información de contacto que proporcioné en este formulario, incluido llamarme o enviarme un correo electrónico, para fines relacionados con la participación de mi hijo en el Programa.

Comprendo que no estoy obligado a otorgar mi consentimiento para este procesamiento de la información médica de mi hijo. Sin embargo, si no otorgo mi consentimiento, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que el procesamiento de la información médica de mi hijo es necesario para que Acadia facilite nuestra participación en el Programa.

Si otorgo mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en nombre de mi hijo en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o a través del correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia, visite https://acadia.com/en-us/legal-policies/privacy. Para obtener más información sobre la privacidad de los residentes de California, visite https://acadia.com/en-us/legal-policies/privacy#california.

Marque aquí ☐ Otorgo mi consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO (Opcional)

Acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo por mensaje de texto al número de teléfono mencionado anteriormente con respecto al Programa y otros productos y servicios de Acadia. Confirmo que soy el suscriptor de los números de teléfono celular que proporcioné en este formulario y acepto notificar a Acadia de inmediato llamando al 844-737-2223 o a través del correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134 si alguno de mis números cambia en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Puedo dejar de recibir futuras comunicaciones al responder "STOP" (DETENER) a cualquier mensaje de texto.

ENTIENDO QUE ESTAS COMUNICACIONES PUEDEN USAR MENSAJES DE VOZ PREGRABADOS/ARTIFICIALES O UN SISTEMA AUTOMATIZADO Y QUE NO NECESITO ACEPTAR RECIBIR LLAMADAS O MENSAJES DE TEXTO COMO CONDICIÓN PARA COMPRAR O RECIBIR BIENES O SERVICIOS DE ACADIA.

Marque aquí ☐ Doy mi consentimiento

☐ No doy mi consentimiento

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI ATENCIÓN (Opcional)

Además, autorizo a Acadia a hablar sobre la coordinación de la atención de mi hijo con los miembros de la familia o cuidadores que menciono a continuación. Estas personas tienen mi autorización total para obtener y divulgar información médica y personal de Acadia sobre mi hijo.

Nombre de los representantes autorizados (en letra de imprenta):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firme aquí Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario de inscripción completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com

ACADIA®

©2026 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas comerciales registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-US-0730 05/26.