



## Programa de Asequibilidad del Autoinyector de Epinefrina

El Programa de Asequibilidad del Autoinyector de Epinefrina fue creado por [HB23-1002](#). Utilice esta solicitud si necesita acceso a un autoinyector de epinefrina de bajo costo.

### ¿Quién cumple con los requisitos del Programa de Asequibilidad de Autoinyector de Epinefrina?

Para ser elegible para este programa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residente de Colorado.
- Tener una receta válida de Autoinyector de Epinefrina
- Pagar más de USD 60 por un paquete de 2 Autoinyector de Epinefrinas, independientemente de la cantidad o el tipo de Autoinyector de Epinefrina
- No ser elegible para Health First Colorado o Medicare o estar inscrito en ellos.
- Presentar una identificación que demuestre su residencia en Colorado, lo que incluye, entre otros, una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida de Colorado, una factura impresa (servicios públicos, teléfono, Internet, cable, seguro, hipoteca, alquiler, eliminación de desechos, agua o alcantarillado, factura médica o de otro tipo), una tarjeta de crédito o un extracto bancario, un talón de pago o un estado de cuenta de ganancias, una confirmación de cambio de dirección con matasellos, un recibo de alquiler impreso o un contrato de arrendamiento residencial, un expediente académico o boleta de calificaciones de una escuela acreditada, un título o registro de un vehículo, un póliza de seguro, una carta emitida por el gobierno o un cheque emitido por el gobierno estatal o federal, o un registro de servicio médico. En el caso de un menor, el padre o tutor del menor debe proporcionar un documento con el nombre impreso del padre o tutor y la dirección residencial de Colorado para demostrar el comprobante de residencia del menor.

Si cumple con los requisitos del programa de asequibilidad de Autoinyector de Epinefrina, es posible que deba pagar un copago de USD 60 por cada paquete de 2 Autoinyector de Epinefrinas s. Una persona que sea elegible para recibir Autoinyector de Epinefrinas s a través del programa puede recibir Autoinyector de Epinefrinas s según lo prescrito durante 12 meses.

### ¿Cómo me inscribo?

Debe completar la página dos de este documento y entregársela a su farmacéutico.

Debe hacer lo siguiente:

- Completar el formulario en la página dos electrónicamente y luego imprimirlo. Firmar el formulario a mano.
- Imprimir el documento. Completar el formulario en la página dos a mano. Firmar el formulario a mano.

Si no puede imprimir el documento, su farmacéutico debería poder proporcionarle una copia impresa para que la complete en la farmacia.

### Preguntas

Si tiene preguntas sobre el Programa de Asequibilidad de Autoinyector de Epinefrina de Colorado, comuníquese con su farmacia, o con la División de Seguros de Colorado visitando la página [Programas de asequibilidad de recetas médicas](#).

### Aviso de privacidad

Su farmacia necesita la información solicitada en este formulario para procesar su solicitud de un Autoinyector de Epinefrina de bajo costo. La información se recopila, mantiene y comparte según lo exige § 12-280-142 CRS (Estatutos Revisados de Colorado).

# Solicitud del Programa de Asequibilidad del Autoinyector de Epinefrina

## Su información personal

¿Vive en Colorado? (Si no vive en Colorado, no es elegible para este programa).

Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

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

Dirección postal (si es la misma que la anterior, déjela en blanco) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Cobertura de atención médica/Información de prescripción

1. ¿Tiene una receta actual para un Autoinyector de Epinefrina?  
 Sí  No
2. ¿Está actualmente inscrito en Medicaid (Health First Colorado) o Medicare?  
 Sí  No
3. ¿Tiene seguro médico y paga USD 60 o menos cada mes para comprar un paquete de 2 Autoinyector de Epinefrinas? (Asegúrese de que su tarjeta de seguro diga "CO-DOI"; si su tarjeta no dice "CO-DOI", lo que significa que su plan no está reglamentado por la División de Seguros de Colorado, *solo es elegible* si paga más de USD 60 por un paquete de 2 unidades)  
 Sí  No

Es posible que cumpla con los requisitos de un programa de asistencia al paciente del fabricante. Para obtener más información sobre los programas de asistencia al paciente del fabricante, visite [foodallergy.org](http://foodallergy.org).

## Firma y fecha

Al firmar y fechar a continuación, acepta que toda la información es veraz. Si es menor de 18 años, su padre/tutor debe firmar y fechar la solicitud en su nombre y proporcionar un comprobante de residencia.

Nombre en letra de imprenta (del tutor si el solicitante es menor de edad) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

**Para uso oficial de la farmacia** (consérvelo en sus registros durante dos años después de la fecha en que se dispensó el Autoinyector de Epinefrina)

Confirmando que esta persona tenía una receta válida y presentó la siguiente forma de identificación válida:

**Comprobante de residencia en Colorado.**

Ingrese el número de documento \_\_\_\_\_

**Otra identificación. Especifique** \_\_\_\_\_

Firma del farmacéutico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_