

# Coloplast® Care Program

## Patient Enrollment Form

### Patient Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Date of Surgery: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Type of Surgery:  Colostomy  Ileostomy  Urostomy Stoma size: \_\_\_\_\_ inches/mm

Insurance Provider: \_\_\_\_\_

Preferred Supplier (optional): \_\_\_\_\_

### Sample Request

Either enter Coloplast product numbers: \_\_\_\_\_

Or check product options below

<b>System</b>	<b>Cut Style</b>	<b>Filter</b>
<input type="checkbox"/> One-Piece	<input type="checkbox"/> Cut-to-fit	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Two-Piece Click	<input type="checkbox"/> Pre-cut	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Two-Piece Flex		
<b>Barrier Type</b>	<b>Pouch Closure</b>	<b>Accessories</b>
<input type="checkbox"/> Extended Wear	<input type="checkbox"/> Closed	<input type="checkbox"/> Belt <input type="checkbox"/> XL Belt
<input type="checkbox"/> Standard Wear	<input type="checkbox"/> Drainable	<input type="checkbox"/> Elastic Barrier Strip
	<input type="checkbox"/> Urostomy	<input type="checkbox"/> Lubricating Deodorant
<b>Convexity</b>	<b>Pouch Color</b>	<input type="checkbox"/> Moldable Ring
<input type="checkbox"/> Flat	<input type="checkbox"/> Opaque	<input type="checkbox"/> Paste
<input type="checkbox"/> Convex Light	<input type="checkbox"/> Transparent	<input type="checkbox"/> Powder
<input type="checkbox"/> Deep Convex		<input type="checkbox"/> Prep
		<input type="checkbox"/> Strip Paste

### Product Worn at Discharge

What product was worn at the time of patient discharge?

Coloplast  Hollister

ConvaTec  Other \_\_\_\_\_






### Special Instructions

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enroll in the program in one of the following ways:

-  Fax - send Patient Enrollment Form to **1-800-501-8533**
-  Email - send request to [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com)
-  Website - visit [www.coloplastcareenroll.com](http://www.coloplastcareenroll.com)
-  Call - contact Coloplast Consumer Care at **1-888-726-7872**
-  Contact your Coloplast Sales Representative

Add an extra sample to your order!

New SenSura® Mio

The first truly elastic barrier in a one-piece closed pouch — great as an everyday colostomy pouch or versatile travel solution!

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Facility Name: \_\_\_\_\_

\*Patient/\*\*Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*I agree to enroll in the Coloplast Care program. I have read and acknowledged the privacy statement.

\*\* Legal Guardian must sign if patient is under the age of 18.

Coloplast respects the privacy of your personal information and will protect the confidentiality of the information contained on this form. The only time the information may be used or shared is if it is (1) required by law; or (2) to provide you with the information about Coloplast products, services and wellness education. You may be contacted by Coloplast, its agents, affiliates, contractors, or supply or service providers by telephone, email, US Mail, or other means of communication only for the purpose stated above. If you choose not to receive communication from Coloplast, please contact us at 1-888-726-7872 or email: [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com) to request communication be discontinued.

If this form has been completed by a healthcare professional, the healthcare professional acknowledges that he/she has read the above Privacy Statement to the patient.

# Programa Coloplast® Care

## Formulario de inscripción del paciente

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo de cirugía:  Colostomía  Ileostomía  Urostomía Tamaño del estoma: \_\_\_\_ pulgadas/mm

Proveedor de seguro: \_\_\_\_\_

Proveedor preferido (opcional): \_\_\_\_\_

### Solicitud de muestra

Ingrese los números de productos de Coloplast: \_\_\_\_\_

O marque las opciones de productos a continuación

<b>Sistema</b>	<b>Estilo de corte</b>	<b>Filtro</b>
<input type="checkbox"/> Una pieza	<input type="checkbox"/> Corte adaptado	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Clic de dos piezas	<input type="checkbox"/> Corte previo	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Flex de dos piezas		
<b>Tipo barrera</b>	<b>Cierre de la bolsa</b>	<b>Accesorios</b>
<input type="checkbox"/> Uso extendido	<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> Banda <input type="checkbox"/> Banda XL
<input type="checkbox"/> Uso estándar	<input type="checkbox"/> Drenable	<input type="checkbox"/> Tira de barrera elástica
	<input type="checkbox"/> Urostomía	<input type="checkbox"/> Desodorante lubricante
<b>Convexidad</b>	<b>Color de la bolsa</b>	<input type="checkbox"/> Anillo moldeable
<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Opaco	<input type="checkbox"/> Pasta
<input type="checkbox"/> Ligeramente convexo	<input type="checkbox"/> Transparente	<input type="checkbox"/> Talco
<input type="checkbox"/> Profundamente convexo		<input type="checkbox"/> Preparación
		<input type="checkbox"/> Titas moldeables

### Uso del producto al momento del alta

¿Qué producto se utilizó al momento del alta del paciente?

- Coloplast  Hollister  
 ConvaTec  Otro \_\_\_\_\_

### Instrucciones especiales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

Inscríbese al programa mediante una de las siguientes maneras:

 Fax: envíe el Formulario de inscripción del paciente al **1-800-501-8533**

 Correo electrónico: envíe la solicitud a [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com)

 Sitio web: visite [www.coloplastcareenroll.com](http://www.coloplastcareenroll.com)

 Llame: comuníquese con Atención al consumidor de Coloplast llamando al **1-888-726-7872**

 Comuníquese con su representante de ventas de Coloplast

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Firma del \*paciente/\*\*custodio legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Acepto inscribirme en el programa Coloplast Care. He leído y comprendido la declaración de privacidad.

\*\* Debe firmar el custodio legal si el paciente es menor de 18 años.

¡Agregue una muestra adicional a su pedido!

Nuevo SenSura® Mio

¡La primera barrera realmente elástica en una bolsa de una pieza, ideal como bolsa de colostomía diaria o como solución versátil para viajar!

Coloplast respeta la privacidad de su información personal y protege la confiabilidad de la información contenida en este formulario. La única vez en que se usará o compartirá dicha información es cuando (1) lo exige la ley; o (2) para ofrecerle información acerca de los productos, servicios y educación de bienestar de Coloplast. Es posible que los agentes, afiliados, contratistas o proveedores de suministros o servicios se comuniquen con usted por teléfono, correo electrónico, correo postal u otros medios de comunicación solo por el motivo citado anteriormente. Si decide no recibir comunicaciones de Coloplast, comuníquese con nosotros llamando al 1-888-726-7872 o por correo electrónico: [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com) para solicitar que se interrumpa la comunicación.

Si un profesional de cuidado de la salud completó este formulario, el mismo reconoce que ha leído al paciente la declaración de privacidad anterior.