

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington
FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024
Versión 2. 2026



ACERCA DE ESTE FORMULARIO

Este formulario contiene una lista completa de medicamentos que el Programa de Intervención Temprana (EIP, por sus siglas en inglés) puede pagar. El formulario se alfabetizó por nombre genérico del medicamento.

Si usted toma un medicamento que no está en esta lista, póngase en contacto con su gestor de caso médico. Esta persona puede ayudarle a entender este formulario y explicar cuáles medicamentos están cubiertos por EIP. Si no tiene un gestor de casos, puede ponerse en contacto con EIP llamando al 1-877-376-9316 o a la siguiente dirección electrónica: ask.EIP@doh.wa.gov.

POLÍTICAS DE DISPENSACIÓN DEL PROGRAMA

Los medicamentos marcados con "*" deben dispensarse con un suministro mínimo de 28 días. Las excepciones requerirán autorización previa.

1. Todos los medicamentos deben ser dispensados con un suministro máximo de 30 días. Las excepciones requerirán una autorización previa.
2. Los medicamentos marcados con "^" requieren una autorización previa. Documente los requisitos de autorización previa indicados para cada medicamento en el formulario de autorización previa o en la solicitud suplementaria de autorización, si se indica.
3. Los medicamentos marcados con un asterisco (*) después de los nombres del medicamento están restringidos al código 1 para su uso con un diagnóstico específico. Transmitir con la anulación de código 1 o DAW 9 si se cumple la restricción. Documentar el diagnóstico con la receta original.
4. Los surtidos pueden obtenerse después de haber utilizado el 80% del suministro de días dispensados anteriores.
5. Se debe dispensar un medicamento genérico cuando esté disponible; las anulaciones de DAW requerirán autorización previa.
6. Los resultados del laboratorio del ensayo Trofile™ que confirman que solo el co-receptor CCR5 deben confirmarse antes de iniciar con maraviroc.

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO	MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
• abacavir	Ziagen	
• abacavir/lamivudine	Epzicom	
• abacavir/lamivudine/ zidovudine	Trizivir	
acamprosate	Campral	
• acarbose	Precose	
acetaminophen w/ codeine	Tylenol with Codeine #3	
acyclovir	Zovirax	
adefovir	Hepsera	
albendazole	Albenza	
• alogliptin	Nesina	
alprazolam	Xanax, Xanax XR	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
amitriptyline	Elavil	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
amoxicillin	Amoxil	
amoxicillin/potassium clavulanate	Augmentin	
ampicillin		
anastrozole	Arimidex	Se cubre todo inhibidor de la aromatasa
• atazanavir	Reyataz	
• atazanavir/cobicistat	Evotaz	
• atazanavir/cobicistat	Evotaz	
• atorvastatin	Lipitor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
atovaquone	Mepron	
azithromycin	Zithromax	Inyección intramuscular (IM)
• bicitgravir-emtricitabine-tenofovir AF	Biktarvy	
buprenorphine/naloxone	Suboxone	
bupropion	Wellbutrin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
buspirone	Buspar	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
butalbital-acetaminophen-caffeine w/ Codeine	Fioricet/Codeine	
butalbital-aspirin-caffeine w/codeine	Fiorinal	
cabotegravir & rilpivirine IM Susp ER	Cabenuva	En efecto desde el 1/1/2022
carbamazepine	Tegretol	
cefepodoxime	Vantin	
ceftriaxone	Rocephin	
celecoxib	Celebrex	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
cephalexin	Keflex	
chlorhexidine gluconate	Peridex	
• chlorpropamide	Diabinese	
• cholestyramine	Questran	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
cidofovir	Vistide	
cimetidine	Tagamet	
ciprofloxacin	Cipro	
citalopram	Celexa	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
clarithromycin	Biaxin	
clindamycin	Cleocin	
clofazimine	Lamprene	
clomipramine	Anafranil	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO	MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
clonidine	Catapres	
clorazepate	Tranxene	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
clotrimazole	Lotrimin, Mycelex	
clotrimazole/betamethasone	Lotrisone Cream	
clozapine	Clozaril	
• cobicistat	Tybost	
codeine sulfate		
• colesevelam	Welchol	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
• colestipol	Colestid	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
condoms		
crofelemer	Fulyzaq	
daclatasvir	Daklinza	
dapsone	Aczone	
• darunavir	Prezista	
• darunavir/cobicistat	Prezcobix	
• darunavir/cobicistat	Prezcobix	
• darunavir/cobicistat/ emtricitabine/tenofovir af	Symtuza	
• delavirdine	Rescriptor	
desipramine	Norpramin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
diazepam	Valium	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
diclofenac potassium	Voltaren	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
diclofenac/misoprostol	Arthrotec	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
dicloxacillin		
dicyclomine	Bentyl	
• didanosine	Videx, Videx EC	
diphenoxylate/atropine	Lomotil	
diphtheria & tetanus toxoids	Tenivac	No se cubre los viales de dosis múltiples
diphtheria & tetanus toxoids & pertussis vaccine	Adacel, Boostrix	No se cubre los viales de dosis múltiples
disulfiram	Antabuse	
divalproex sodium	Depakote, Depakote ER	
• dolutegravir	Tivicay	
• dolutegravir/lamivudine	Dovato	
• dolutegravir/lamivudine/ abacavir	Triumeq	
• dolutegravir/rilpivirine	Juluca	
• doravirine	Pifeltro	
• doravirine/lamivudine/tenofovir	Delstrigo	
doxepin	Silenor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
doxycycline	Vibra-tabs	
dronabinol	Marinol	
dutasteride	Avodart	
• efavirenz	Sustiva	
• efavirenz/lamivudine/tenofovir	Symfi, Symfi Lo	
elbasvir and grazoprevir	Zepatier	

● = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Página 3

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO	MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
• elvitegravir/cobicistat/ emtricitabine/tenofovir	Stribild	
• elvitegravir/cobicistat/ emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate	Genvoya	
• emtricitabine	Emtriva	
• emtricitabine/rilpivirine/ tenofovir alafenamide fumarate	Odefsey	
• emtricitabine/tenofovir/ efavirenz	Atripla	
• emtricitabine/tenofovir/ rilpivirine	Complera	
• enfuvirtide	Fuzeon	
entecavir	Baraclude	
epoetin-alpha	Procrit, Epogen	
erythromycin	Ery-Tab	
esomeprazole	Nexium	
esterified estrogens	Menest	
estradiol	Estradiol	Se cubre todo estrógeno/agente estrogénico
estradiol Gel	Elestrin, Estrogel, Divigel	Gel Tópico
estradiol TD Patch	Minivelle, Vivelle-DOT	Parche transdérmico
estradiol vaginal cream	Estrace	Crema tópica
estradiol valerate intramuscular in oil	Estradiol valerate, Delestrogen	Inyección intramuscular (IM)
estrogen	Premarin	
estrogens, conjugated	Premarin	Se cubre todo estrógeno oral conjugado
estrogens, conjugated synthetic	Enjuvia	Se cubre todo estrógeno oral conjugado
ethambutol	Myambutol	
etodolac	Lodine	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
• etravirine	Intelence	
• ezetimibe	Zetia	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
famotidine	Pepcid	
• fenofibrate	Tricor, Antara	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
• fenofibric acid	Triplix	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
fentanyl citrate buccal soluble film	Abstral	
fentanyl citrate buccal tab	Fentora	
fentanyl citrate lollipop	Actiq	
fentanyl patches	Duragesic	
fentanyl sublingual spray	Subsys	
filgrastim (G-CSF)	Neupogen	
finasteride	Propecia	
fluconazole	Diflucan	
fluoxetine	Prozac	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
• fluvastatin	Lescol	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
fluvoxamine	Luvox	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
• fosamprenavir	Lexiva	
foscarnet	Foscavir	

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Página 4

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO	MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
• fostemsavir	Rukobia	En efecto desde el 01/09/20
gabapentin	Neurontin	
ganciclovir	Cytovene	Oral e IV
• gemfibrozil	Lopid	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
glecaprevir/pibrentasvir	Mavyret	
• glimepiride	Amaryl	
• glipizide	Glucotrol	
• Glucose test strips		
• glyburide	Diabeta, Micronase	
• glyburide micronized	Glynase, Glyceron	
hemophilus influenza type B vaccine	Hib	No se cubre los viales de dosis múltiples
hepatitis A vaccine	Havrix, Vaqta	No se cubre los viales de dosis múltiples
hepatitis A/hepatitis B vaccine	Twinrix	No se cubre los viales de dosis múltiples
hepatitis B immune globulin	HBIG	
hepatitis B vaccine	Recombivax HB, Engerix B	No se cubre los viales de dosis múltiples
hydrocodone bitartrate	Zohdro ER	
hydrocodone-acetaminophen	Norco, Lortab	
hydrocodone-ibuprofen	Vicoprofen	
hydromorphone	Dilaudid	
hydroxyurea	Hydrea	
hydroxyzine	Vistaril	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
hyoscyamine	Levbid, Levsin	
ibalizumab-uiyk	Trogarzo	
ibuprofen	Motrin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
imipramine	Tofranil	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
imiquimod cream	Aldara	
immune globulin IM	IGIM	
• indinavir	Crixivan	
indomethacin	Indocin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
influenza virus vaccine, split or whole virus	Afluria, Fluarix	No se cubre los viales de dosis múltiples
• Injection kits		
• insulin aspart	Fiasp, Novolog	
• insulin degludec	Tresiba	
• insulin detemir	Levemir	
• insulin glargine	Basaglar, Lantus, Toujeo	
• insulin isophane (NPH)	Humulin N, Novolin N	
• insulin lispro	Admelog, Humalog	
• insulin regular	Humulin R, Novolin R	
interferon alfa-2a	Roferon-A	
interferon alfa-2b	Intron-A	
isoniazid		
itraconazole	Sporonox	
ketoconazole	Nizoral	
ketoprofen	Orudis	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
ketorolac	Toradol	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Página 5

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO		MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
•	lamivudine	Epivir	
•	lamivudine/tenofovir	Cimduo	
	lamotrigine	Lamictal	
	lansoprazole	Prevacid	
	ledipasvir and sofosbuvir	Harvoni	
^	lenacapavir Sodium	Sunlenca	Medicamentos accesibles solo en CVS SPECIALITY Monroeville Teléfono: 800-238-7828 Fax: 888-604-0385 Consulta los criterios detallados de la AP
	letrozole	Femera	Se cubre todos los inhibidores de la aromatasa
	leucovorin		Solo el uso oral
	levofloxacin	Levaquin	
	lidocaine-prilocaine cream	EMLA	
•	linagliptin	Tradjenta	
	lindane		
	lithium	Lithobid	
	loperamide	Immodium	
•	lopinavir/ritonavir	Kaletra	Solución de 25mg-100mg, 50mg-200mg, 100mg-400mg/5ml
	lorazepam	Ativan	Se cubre toda medicina en esta clase de FDA
•	lovastatin	Mevacor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	lovastatin/niacin	Advicor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	maraviroc	Selzentry	
	mediset fills		
	medroxyprogesterone	Depo-Provera, Provera	
	medroxyprogesterone acetate	Depo-Provera	
	megestrol acetate	Megace	
	meloxicam	Mobic	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	meningococcal (A, C, Y, and W-135) Conjugate Vaccine Inj	MENACTRA	
	meperidine	Demerol	
	meprobamate		Se cubre todo medicamento de clase FDA
•	metformin	Glucophage	
•	metformin/alogliptin	Kazano	
•	metformin/glipizide	Metaglip	
•	metformin/glyburide	Glucovance	
•	metformin/linagliptin	Jentaduetto	
•	metformin/pioglitazone	Actoplus Met	
•	metformin/repaglinide	PrandiMet	
•	metformin/rosiglitazone	Avandamet	
•	metformin/saxagliptin	Kombiglyze XR	
•	metformin/sitagliptin	Janumet	
	methadone	Dolophine	
	methylprednisolone	Medrol, Methylpred	

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Página 6

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO		MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
	metoclopramide	Reglan	
	metronidazole	Flagyl, Metrogel Vaginal Gel	
	miconazole	Monistat	
•	miglitol	Glyset	
	morphine sulfate	Avinza, Kadian, MS Contin	
	morphine sulfate/naltrexone	Embeda	
	moxifloxacin	Avelox	
	mupirocin	Bactroban	
	nabumetone	Relafen	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	naloxone	Narcan	For prevention of opioid overdose
	naltrexone	ReVia	
	nandrolone	Deca-Durabolin	
	naproxen	Naprosyn	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	nateglinide	Starlix	
	nefazodone	Serzone	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	nelfinavir	Viracept	
•	nevirapine	Viramune	Formulario IR y XR está cubiertos
•	niacin	Vitamin B3	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	nizatidine	Axid	
	nortriptyline	Pamelor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	nystatin		
	ofloxacin	Floxin	
	olanzapine	Zyprexa	
	ombitasvir, paritaprevir and ritonavir	Technivie	
	ombitasvir, paritaprevir, ritonavir and dasabuvir	Vierkira Pak	
	omeprazole	Prilosec	
	ondansetron hydrochloride	Zofran	
	opium tincture		
	oseltamivir	Tamiflu	
	oxandrolone	Oxandrin	
	oxaprozin	Daypro	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	oxazepam	Serax	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	oxcarbazepine	Trileptal	
	oxycodone HCl/APAP	Percocet	
	oxycodone HCl/aspirin	Percodan	
	oxymorphone HCl	Opana, Opana ER	
	pantoprazole	Protonix	
	paromomycin	Humatin	
	paroxetine	Paxil	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	pegylated interferons	Pegasys	
	penicillin	Veetids, Bicillin L-A	
	permethrin	Elmite	
	phenazopyridine	Pyridin, Pyridium	
	pill splitter		
•	pioglitazone	Actos	

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO		MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
	piroxicam	Feldene	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	pitavastatin	Livalo	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	pneumococcal vaccine	Pneumovax, Pnu-Immune	No hay cobertura para viales de dosis múltiple
	podofilox	Condylox	
•	pravastatin	Pravachol	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	prednisolone 1% soln	OmniPred, PredForte	
	prednisone	Prednisone	
	pregabalin	Lyrica	
	primaquine		
	prochlorperazine	Compazine	
	progesterone micronized	Prometrium	
	promethazine	Phenergan	
	pyrazinamide		
	pyrimethamine	Daraprim	
	quetiapine	Seroquel	
	rabeprazole	Aciphex	
•	raltegravir	Isentress, Isentress HD	
	ranitidine	Zantac	
•	repaglinide	Prandin	
	ribavirin	Copegus	
	rifabutin	Mycobutin	
	rifampin	Rifadin	
•	rilpivirine	Eduvant	
	risperidone	Risperdal	
•	ritonavir	Norvir	
•	rosiglitazone	Avandia	
•	rosiglitazone/glimepiride	Avandaryl	
•	rosuvastatin	Crestor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	saquinavir mesylate	Invirase	
•	saxagliptin	Onglyza	
	selenium sulfide	Tersi	
	sertraline	Zoloft	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	simvastatin	Zocor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	simvastatin/ezetimibe	Vytorin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
•	sitagliptin	Januvia	
	sofosbuvir	Sovaldi	
	sofosbuvir and velpatasvir	Epclusa	
	sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir	Vosevi	
	smallpox/monkeypox vaccine	JYNNEOS	En efecto desde el 01/04/2024
	spironolactone	Aldactone	
•	stavudine	Zerit	
	sulfa/pyrimethamine	Fansidar	
	sulfadiazine	Microsulfon	
	sulindac	Clinoril	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	tapentadol SR	Nucynta ER	
•	tenofovir alafenamide fumarate/ emtricitabine	Descovy	

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington

FORMULARIO ALFABETIZADO POR NOMBRE GENÉRICO



En efecto desde el 01/09/2024

Versión 2. 2026



NOMBRE GENÉRICO		MARCA REG.	NOTAS DE RESTRICCIÓN
•	tenofovir disoproxil fumarate	Viread	
•	tenofovir disoproxil fumarate/ emtricitabine	Truvada	
	terconazole	Terazol	
^	tesamorelin	Egrifta SV	No se autorizará ningún tratamiento para uso estético o pérdida de peso.
	testosterone products	Examples include: Androderm, AndroGel, Striant, Testim, Testoderm, Testoderm TTS	
	testosterone products		Todos los andrógenos están cubiertos. Ej. comunes incluyen: Androderm, AndroGel, Testim, Testoderm, Testoderm TTS
	tetracycline		
•	tipranavir	Aptivus	
	tobacco deterrents		
•	tolazamide	Tolinase	
•	tolbutamide	Orinase	
	tolmetin	Tolectin	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	topiramate	Topamate	
	tramadol HCl	Ultram, Ultram ER	
	tramadol HCl / APAP	Ultracet	
	trazodone, trazodone SR	Trazodone, Oleptro	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	trifluridine	Viroptic	
	trimethoprim		
	trimethoprim/sulfamethoxazole	Bactrim, Septra, Cotrim	
	valacyclovir	Valtrex	
	valganciclovir	Valcyte	
	valproic acid	Depakene	
	vancomycin Oral		
	varicella zoster immune globulin	VZIG	
	varicella zoster vaccine	Zostavax	Los costos de administración farmacéutica aún se están investigando y solo se cubre la vacuna por el momento. Las farmacias serán notificadas una vez que se realicen cambios. Los viales de dosis múltiples no están cubiertos.
	venlafaxine	Effexor	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	vilazodone	Viibryd	Se cubre la mayoría en esta clase de FDA
	zanamivir	Relenza	
•	zidovudine	Retrovir	
•	zidovudine/lamivudine	Combivir	
	ziprasidone	Geodon	
	zoster vaccine recombinant adjuvant	Shingrix	

• = El medicamento debe ser dispensado con un suministro

^ = El medicamento requiere autorización

Última edición 03/25/2026

Página 9