

## Autorización en virtud de la HIPAA

Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica, a mis compañías de seguros médicos y a mis farmacias a usar y divulgar mi información médica identificable individualmente, incluidos mis registros médicos, la información de cobertura del seguro, y mi nombre, dirección y número de teléfono a Horizon Therapeutics USA, Inc. y sus afiliadas y sus respectivos agentes y representantes (conjuntamente, "Horizon"), lo que incluye a terceros autorizados por Horizon a administrar el apoyo con los fármacos y dispensar fármacos (colectivamente, "Horizon By Your Side") para los siguientes propósitos: (1) establecer la elegibilidad para los beneficios; (2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y conmigo con respecto a mi tratamiento o afección y a los productos relacionados; (3) facilitar la provisión de productos, suministros o servicios por parte de un tercero, lo que incluye, entre otros, farmacias de especialidades; (4) registrarme en cualquier programa de registro de productos necesario para mi tratamiento; (5) inscribirme en programas de apoyo para el paciente elegibles ofrecidos por Horizon By Your Side y/o Horizon, lo que incluye servicios de enfermería o de apoyo de acceso del paciente (es posible que los programas con reembolso del gobierno no sean elegibles para todos los servicios de apoyo ofrecidos; comuníquese con Horizon By Your Side para obtener una determinación); y (6) enviarme información de comercialización u ofrecerme productos y servicios relacionados con mi tratamiento o afección (u otros productos o servicios relacionados en los cuales pueda estar interesado) y contactarme ocasionalmente para obtener mis comentarios (únicamente por motivos de investigación comercial) sobre mi tratamiento, mi afección o mi experiencia con Horizon y/o Horizon By Your Side según se requiera o permita de otro modo por ley. Entiendo que las farmacias pueden recibir un honorario de Horizon a cambio de (1) proporcionarme ciertos materiales y la información descrita anteriormente y (2) utilizar o divulgar cierta información médica de conformidad con esta autorización.

Entiendo que Horizon, así como mis proveedores de atención médica, no me pueden exigir que firme esta autorización como condición para tener acceso a medicamentos, fármacos de venta con receta, tratamiento u otra atención. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización en algunos casos puede ser revelada por el destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes de privacidad. Sin embargo, Horizon ha aceptado usar y divulgar mi información únicamente con fines de uso del programa.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta firmada solicitando dicha cancelación a Horizon By Your Side, 1 Horizon Way, Deerfield, IL 60015, pero esta cancelación no se aplicará a ninguna información usada o divulgada por mis proveedores de atención médica y/o compañías de seguros médicos de acuerdo con esta autorización antes de que se les notifique que la he cancelado. A menos que lo exija la ley estatal, esta autorización es válida para el período que sea mayor:

(a) la duración de la permanencia en este tratamiento o (b) 10 años desde la fecha de la firma a continuación.

Se tratará a una fotocopia de esta autorización del mismo modo que al original.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legalmente autorizado, en letra de imprenta (si es necesario): \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente/representante legalmente autorizado:

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono del paciente/representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_  Hogar  Móvil

Dirección de correo electrónico del paciente/representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_

Relación del representante legalmente autorizado con el paciente:  Cónyuge  Progenitor/tutor legal  Representante por poder notarial

¿Hay alguna otra persona con quien podamos hablar sobre su información médica protegida?  No  Sí

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

Relación con usted: \_\_\_\_\_

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

Relación con usted: \_\_\_\_\_