

Autorización HIPAA

Por la presente, autorizo a mis proveedores de atención médica, mis compañías de seguro médico y mis farmacias a usar y divulgar mi información médica individualmente identificable, incluidos mis registros médicos, información de cobertura de seguro y mi nombre, dirección y número de teléfono a Horizon Pharma USA, Inc. y sus afiliados y sus respectivos agentes y representantes (colectivamente, "Horizon"), incluidos los terceros autorizados por Horizon para administrar el soporte de medicamentos y dispensar medicamentos (colectivamente, "TranscendRare™") para los siguientes propósitos: (1) para establecer la elegibilidad para los beneficios; (2) para comunicarse con los proveedores de atención médica y conmigo sobre mi atención médica; (3) para facilitar la entrega de productos, suministros o servicios por parte de un tercero, incluidas, entre otras, las farmacias especializadas; (4) registrarme en cualquier programa de registro de productos aplicable requerido para mi tratamiento; (5) para inscribirme en programas de apoyo a pacientes elegibles ofrecidos por TranscendRare™ y/o Horizon, incluidos los servicios de enfermería o servicios de apoyo para el acceso de pacientes (los programas reembolsados por el gobierno pueden no ser elegibles para todos los servicios de apoyo ofrecidos, comuníquese con TranscendRare™ para obtener una determinación); y (6) enviarme información de marketing relacionada con mi tratamiento o condición (o productos o servicios relacionados en los que pueda estar interesado) y comunicarse ocasionalmente conmigo para obtener mi opinión (solo con fines de estudio de mercado) sobre mi tratamiento, mi condición, o mi experiencia con Horizon y/o TranscendRare™ de otra manera según lo requiera o permita la ley. Entiendo que las farmacias pueden recibir una tarifa de Horizon a cambio de (1) proporcionarme ciertos materiales e información descritos anteriormente, y (2) usar o divulgar cierta información médica de conformidad con esta Autorización.

Entiendo que Horizon, al igual que mis proveedores de atención médica, no pueden exigirme firmar esta Autorización como condición para tener acceso a medicamentos, medicamentos recetados, tratamiento u otra atención. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta Autorización. Entiendo que en algunos casos el destinatario puede volver a divulgar la información divulgada de conformidad con esta Autorización, y ya no estará protegida por HIPAA u otras leyes de privacidad. Pero Horizon acordó usar y divulgar mi información solo a los fines de llevar a cabo el programa.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta firmada solicitando dicha cancelación por correo postal a TranscendRare™, UBC, 1670 Century Center Parkway, Memphis, TN 38134, pero esta cancelación no se aplicará a ninguna información utilizada o divulgada por mis proveedores de atención médica y/o compañías de seguros de salud basadas en esta Autorización antes de que se notifique de mi cancelación. A menos que la ley estatal lo exija, esta Autorización es válida para la que sea mayor: (a) la duración de este tratamiento o (b) 10 años a partir de la fecha que se firma a continuación. Una fotocopia de esta Autorización tendrá la misma validez que el original.

Fecha: _____

Nombre en imprenta del paciente: _____

Firma del paciente/representante legal autorizado: _____

Nombre en imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____

Domicilio del paciente/representante legal autorizado:

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del paciente/representante legal autorizado: _____ Hogar Móvil

Dirección de correo electrónico del paciente/representante legal autorizado: _____

Relación con el paciente del representante legal autorizado: Cónyuge Padre/Madre/Tutor Legal Representante según poder legal