

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

FAX: 1-240-514-3999 CORREO ELECTRÓNICO: pelconsent@otsuka-us.com

Envíe este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a pelconsent@otsuka-us.com.

Recuerde que no está solo. Nuestro equipo de apoyo está para ayudarle. Si tiene preguntas, llame al 1-833-468-7852.

El Programa de Experiencia del Paciente de Otsuka está diseñado para apoyarlo durante su recorrido con el tratamiento. A través de los servicios de Apoyo para Pacientes de Otsuka, tendrá acceso a los programas y servicios enumerados a continuación. Inscríbese hoy: complete este formulario y envíelo por fax o por correo electrónico.

- Apoyo personal de parte de un profesional de la salud con licencia
- Información sobre asistencia con los copagos
- Otra información y recursos disponibles a través de Otsuka

Para inscribirse en línea, escanee



Todos los campos con * son obligatorios.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono móvil Teléfono particular

*Nombre (nombre, apellido)

*Número de contacto

*Dirección

*Ciudad

*Estado

*Código postal

*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección de correo electrónico

Idioma de preferencia

Farmacia especializada (opcional)

Walgreens Specialty Pharmacy

Optum

PANTHERx

No estoy seguro

*¿EN QUÉ PUNTO DE SU RECORRIDO CON EL TRATAMIENTO SE ENCUENTRA?

- Me recomendaron que inicie el tratamiento y tengo la intención de hacerlo
- Empecé el tratamiento hace menos de 3 meses
- Actualmente estoy recibiendo el tratamiento y resurtidos cada 3 meses

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MÉDICO

Nombre del médico (nombre, apellido)

Nombre del consultorio

Número de contacto

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

*CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE TEXTO Y CORREOS ELECTRÓNICOS

LEA LO SIGUIENTE CON ATENCIÓN Y MARQUE LA CASILLA INDICADA

- *Doy mi consentimiento para recibir llamadas y/o mensajes de texto y/o correos electrónicos de parte de y en nombre de Otsuka America Pharmaceutical, Inc. y Otsuka Precision Health, Inc. (OPH Inc.) y confirmo que soy el usuario principal del o de los números de teléfono proporcionados arriba. Entiendo que mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto y/o correos electrónicos no es obligatorio ni una condición del programa. La cantidad de mensajes variará según mis selecciones del programa. **Al dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico, entiendo que se hace todo lo posible por proteger la información; los mensajes de SMS/texto y correo electrónico pueden no ser seguros.** Es posible que se apliquen tarifas de datos y mensajes. Para más información, vea la Política de Privacidad de Otsuka America Pharmaceutical en: <https://www.otsuka-us.com/privacy-policy>. Envíe un mensaje de texto que diga STOP para dejar de recibir mensajes y HELP para recibir ayuda.

Vea la página 2 y la 3 para completar la información requerida.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

Envíe este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a pelconsent@otsuka-us.com.

AUTORIZACIÓN A OTSUKA PATIENT SUPPORT™ PARA USAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA (“AUTORIZACIÓN”)

Permiso para usar y entregar información médica: Esta Autorización se relaciona con el Programa de Experiencia del Paciente de Otsuka y el equipo de experiencia del paciente. El Programa brinda servicios relacionados con fármacos y dispositivos (“Productos”) de OPH Inc. y sus filiales y sucesores (“Otsuka”). Sus “Proveedores”, para los fines de esta Autorización, incluyen cualquier médico, farmacia, centro de atención, clínica u otras instalaciones y profesionales de atención médica, así como cualquier plan de descuento, plan de salud u otros pagadores que puedan tener información relacionada con los Productos que usted usa. Al firmar esta Autorización, usted (o su representante personal, en su nombre) permite a sus Proveedores y a Otsuka, junto con los Destinatarios definidos a continuación, usar y entregar parte de su información médica protegida (“PHI”), como se define a continuación y como se describe en esta Autorización.

Destinatarios de la PHI: Sus Proveedores pueden entregar su PHI a Otsuka y a cualquier operador del Programa, fabricantes y distribuidores del Producto y contratistas (“Destinatarios”). Los Destinatarios también pueden volver a entregar su información a otros contratistas, proveedores y terceros que puedan hacerse cargo del Programa en el futuro. Por ejemplo, Otsuka puede entregar su información a proveedores, organizaciones de defensa, programas de asistencia al paciente, centros de acceso para pacientes, agregadores de datos, laboratorios, administradores de programas de seguridad, Otsuka Precision Health, otros socios comerciales, proveedores de herramientas de seguimiento para sitios web y personal de esos terceros. Para los fines de esta Autorización, los “Destinatarios” incluyen Otsuka y todos esos otros terceros. Los “Destinatarios” también pueden incluir representantes legales, cuidadores u otros contactos incluidos en esta Autorización.

PHI que se usará y entregará: La PHI incluye toda información médica relacionada con lo siguiente:

- Su nombre, dirección, número de identificación de paciente y otros datos demográficos, fecha de nacimiento e información que usted proporcione en cualquier formulario relacionado con los Productos
- Registros de atención médica relacionados con su elegibilidad para el uso de los Productos, como fechas de tratamiento, dosis y dispensación
- La afección médica para la que se recetaron o pueden recetarse los Productos, o su estado mientras usa los Productos o después de usarlos. Usted entiende que eso puede incluir PHI delicada, como información sobre su salud mental
- Su experiencia con los Productos, lo cual incluye si los usó como fueron recetados
- Cobertura de atención médica, información financiera, de pago y de reclamaciones en relación con el Producto o con su capacidad de pago
- Información para ayudar a apoyar su transición de la atención, como recibir el alta de un hospital

Propósitos: Los Destinatarios pueden usar, compartir y volver a entregar su PHI, en formato electrónico o en cualquier otro formato o forma, con los siguientes propósitos:

- Determinar si usted reúne los requisitos para el Programa y servicios relacionados con los Productos y contactarlo al respecto
- Brindarle asistencia en relación con el Producto, facilitar el acceso al Producto, determinar los requisitos de cobertura del plan de salud y comunicarse con usted y los Proveedores en relación con el Producto, su tratamiento o el pago del Producto
- Recopilar, investigar e informar datos internos, lo que incluye la revisión de la utilización, las tendencias y las necesidades futuras de pacientes y proveedores
- Analizar datos, lo que incluye anonimizar la PHI, crear conjuntos de datos limitados o combinarlos con otra información, y la monetizar datos anonimizados según lo permitido por la ley
- Establecer su perfil de tratamiento, seguimiento de la cobertura y determinación de los costos compartidos
- Examinar la eficiencia y el funcionamiento del Programa
- Realizar análisis para ayudar a evaluar y mejorar el Programa y crear programas nuevos
- De conformidad con las leyes vigentes y cualquier norma aplicable de conducta ética, comunicarse con su(s) proveedor(es) de atención médica, fuerzas del orden, servicios de emergencias, un familiar o cualquier otra persona razonablemente capaz de ayudar si un Destinatario, de buena fe, cree que dicha medida es necesaria para prevenir o reducir una amenaza para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad de los demás
- Cumplir las obligaciones legales de los Destinatarios
- Usar herramientas de rastreo en sitios web y aplicaciones para examinar su interacción y experiencia con plataformas relacionadas con el Programa o con el Producto y para contribuir al funcionamiento de los sitios web y las aplicaciones
- La correcta gestión y administración de los Destinatarios y el Programa, lo que incluye nuevas entregas a otros Destinatarios, Proveedores, pagadores y prestadores de servicios según sea necesario para operar el Programa

Revocación: Usted puede revocar y cancelar esta Autorización llamando al 1-833-468-7852, enviando un correo electrónico a connect@otsuka-us.com, o enviando una notificación por escrito a Otsuka Patient Support™, 508 Carnegie Center Drive, Princeton, NJ 08540. Si tiene preguntas sobre el Programa, puede hablar con su Proveedor y/o llamar a Otsuka Patient Support™ a ese número. Si un Proveedor entrega PHI para el Programa de forma constante, su revocación entrará en vigencia en relación con dicho Proveedor cuando el Proveedor reciba la notificación de su revocación. La revocación no afectará los usos ni las entregas de la PHI que hayan tenido lugar antes de recibir dicha cancelación. Por ejemplo, si su PHI ya se compartió con terceros, no será posible eliminarla. Si usted revoca esta Autorización, ya no será elegible para recibir los servicios del Programa, pero eso no afectará su capacidad de recibir el Producto.

Autorización voluntaria: Usted no tiene la obligación de firmar esta Autorización. Negarse a firmarla no afectará el inicio, la continuación o la calidad de su tratamiento ni de ningún otro tratamiento, pago, inscripción en planes de salud ni su elegibilidad para recibir beneficios para los que reúna los requisitos. Sus Proveedores no pueden condicionar su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios en función de que usted firme esta Autorización.

Vea la página 3 para completar la información requerida.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

Envíe este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a pelconsent@otsuka-us.com.

Nueva entrega: Una vez que su PHI se haya entregado según se permite en esta Autorización, los Destinatarios podrán volver a entregarla y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Además, es posible que ya no esté protegida por ciertas otras leyes de privacidad y seguridad estatales y federales.

Vencimiento: Esta Autorización seguirá vigente durante un (1) año desde la fecha de la o las firmas a continuación o hasta que se revoque, lo que ocurra primero.

Copia de la Autorización: Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Al firmar esta Autorización, usted declara que ha leído, entendido y aceptado esta Autorización, y **autoriza expresamente** los usos y las entregas de la PHI a los que se hace referencia en esta Autorización.

Contactos alternativos: Al completar la información de contacto a continuación, usted acepta que su PHI se puede compartir con la o las personas mencionadas a continuación y que esas personas han aceptado que el Programa se puede poner en contacto con ellas con respecto a usted y darles la opción de recibir mensajes de texto sobre usted. Si usted ya no desea que compartamos su PHI con esas personas, debe contactarnos usando la información mencionada anteriormente.

Teléfono móvil Teléfono particular

*Nombre del colaborador en la atención/contacto (nombre, apellido)

*Número del colaborador en la atención/contacto alternativo

Teléfono móvil Teléfono particular

*Nombre del colaborador en la atención/contacto adicional (nombre, apellido)

*Número del colaborador en la atención/contacto alternativo

Consentimiento: Al firmar esta Autorización, declaro y confirmo que he leído, entiendo y acepto esta Autorización, y **autorizo expresamente** los usos y las entregas de la PHI a los que se hace referencia en esta Autorización.

Autorizo expresamente los usos y las entregas de la PHI a los que se hace referencia en esta Autorización.

Doy mi consentimiento para participar en el Programa de Experiencia del Paciente de Otsuka.

FIRME AQUÍ*

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL (He leído, entiendo y acepto esta Autorización)

– Si es un tutor legal, indique la relación con el paciente

***Fecha** (MM/DD/AAAA)

Nombre del representante legal (nombre, apellido)

Relación con el representante legal

Visite OtsukapatientSupport.com para ver más información sobre los productos de Otsuka.