

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN ENLACE PARA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

FAX: 1-240-514-3999

CORREO ELECTRÓNICO: [pelconsent@otsuka-us.com](mailto:pelconsent@otsuka-us.com)

Por favor devuelva este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a [pelconsent@otsuka-us.com](mailto:pelconsent@otsuka-us.com).

## Otsuka está comprometida con los pacientes a los que servimos.

Como paciente al que se le ha recetado un producto de Otsuka, ahora puede acceder a asistencia personalizada a través de Otsuka Patient Support™. A través del programa Otsuka Patient Experience Liaison (PEL), profesionales dedicados pueden proporcionarle a usted y a su(s) cuidador(es) asistencia personal para los medicamentos de Otsuka recetados.

Para apoyarle a usted y a su(s) cuidador(es) durante el proceso de su tratamiento, los PEL pueden ayudarle con:

- Apoyo tras el alta hospitalaria y/o cuando cambie de proveedor de atención médica.
- Preguntas sobre el seguro, la asequibilidad y cómo surtir su receta en la farmacia.
- Programación de citas ambulatorias, incluida su próxima inyección (si procede).

Todos los campos con \* son obligatorios.

Para inscribirse en línea, escanee



## INFORMACIÓN DE CONTACTO

<input type="text"/>		<input type="text"/> Teléfono	<input type="text"/> Teléfono de casa
*Nombre (nombre, apellidos)	*Número de contacto		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Dirección postal	*Ciudad	*Estado	*Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Dirección de correo electrónico		

## PRODUCTO DE OTSUKA

\*Escriba aquí el nombre del producto de Otsuka

## \*CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA, POR MENSAJES DE TEXTO Y CORREO ELECTRÓNICO

### LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE Y MARQUE LA CASILLA INDICADA

\*Doy mi consentimiento para recibir  llamadas y/o  mensajes de texto y/o  correos electrónicos de y en nombre de Otsuka America Pharmaceutical, Inc. y confirmo que soy el usuario principal para el/los número(s) de teléfono proporcionado(s) anteriormente. Entiendo que mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto y/o correos electrónicos no es obligatorio ni una condición del programa. El número de mensajes variará en función de mis selecciones del programa. **Al dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico, entiendo que se hace todo lo posible para proteger la información, y que los mensajes SMS/de texto y de correo electrónico pueden no ser seguros.** Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para obtener más información consulte la Política de Privacidad de Otsuka America Pharmaceutical en: <https://www.otsuka-us.com/privacy-policy>. Envíe el texto STOP para darse de baja y HELP para obtener ayuda.

Consulte las páginas 2 y 3 para completar la información requerida.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN ENLACE PARA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

Por favor devuelva este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a [pelconsent@otsuka-us.com](mailto:pelconsent@otsuka-us.com).

## AUTORIZACIÓN DE USO DE OTSUKA PATIENT SUPPORT™ Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ("AUTORIZACIÓN")

**Autorización para utilizar y divulgar información de salud:** Esta Autorización se refiere al programa Otsuka Patient Support™ y al equipo de enlace con el paciente ("Programa"). El Programa presta servicios relacionados con medicamentos y dispositivos ("Productos") de ODH Inc. y sus filiales y sucesores ("Otsuka"). Sus "Proveedores", a efectos de esta Autorización, incluyen cualquier médico, farmacia, centro asistencial, clínica u otros centros y profesionales de la atención médica, así como cualquier plan de descuento, plan de salud u otros pagadores que puedan tener información relacionada con los Productos que usted utiliza. Al firmar esta Autorización, usted (o su representante personal en su nombre) permite que sus Proveedores y Otsuka, junto con los Destinatarios definidos a continuación, utilicen y divulguen parte de su Información de Salud Protegida, tal como se define a continuación ("ISP") y como se describe en esta Autorización.

**Destinatarios de ISP:** Sus Proveedores pueden proporcionar su ISP a Otsuka y a cualquier operador, fabricante y distribuidor de los Productos, y contratistas del Programa ("Destinatarios"). Los Destinatarios también pueden volver a divulgar su información a sus contratistas, proveedores y terceros que puedan hacerse cargo del Programa en el futuro. Por ejemplo, Otsuka puede dar su información a proveedores, organizaciones de defensa, programas de asistencia a pacientes, centros de acceso a pacientes, agregadores de datos, laboratorios, administradores de programas de seguridad, Otsuka Digital Health, otros socios comerciales, proveedores de herramientas de seguimiento de sitios web y personal de estos terceros. A los fines de esta Autorización, los "Destinatarios" incluyen a Otsuka y todos estos otros terceros. "Destinatarios" también incluye a los representantes legales, cuidadores u otros contactos que figuran en esta Autorización.

**ISP que se utilizará y divulgará:** La ISP incluye cualquier y toda la información de salud relacionada con lo siguiente:

- Su nombre, dirección, número de identificación de paciente y otros datos demográficos, fecha de nacimiento e información que proporcione en cualquier formulario relacionado con los Productos.
- Registros de atención médica relacionados con su elegibilidad y uso de los Productos, como fechas de tratamiento, dosificación y dispensación.
- La afección médica para la cual se recetaron o pueden recetarse los Productos o su afección mientras toma o después de suspender los Productos. Usted comprende que esto puede incluir ISP confidencial, como información de su salud mental.
- Su experiencia con los Productos, incluso si los toma según lo recetado.
- Información de cobertura de salud, financiera, de pagos y de reclamos relacionada con el Producto o su capacidad de pago.
- Información para ayudar a apoyar la transición de su atención, como recibir el alta de un hospital

**Propósitos:** Los Destinatarios pueden usar, compartir y volver a divulgar su ISP, en formato electrónico o en cualquier otra forma o formato, para los siguientes propósitos:

- Determinar si reúne los requisitos necesarios y comunicarse con usted para informarle sobre el Programa y los servicios relacionados con el Producto
- Proporcionarle asistencia en relación con el Producto, facilitarle 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
- Recopilación, investigación e informes de datos internos, incluida la revisión de la utilización, las tendencias y las necesidades futuras de pacientes y proveedores
- Análisis de datos, incluida la desidentificación de la ISP, la creación de conjuntos de datos limitados o su combinación con otra información, y la monetización de los datos desidentificados según lo permita la ley
- Establecer su perfil de tratamiento, rastrear la cobertura y determinar los costos compartidos
- Examinar la eficacia y operación del Programa
- Análisis para ayudar a evaluar y mejorar el Programa y crear nuevos programas
- De acuerdo con la ley aplicable y cualquier estándar de conducta ética aplicable, comunicarse con su(s) proveedor(es) de atención médica, la policía, los servicios de emergencia, un miembro de la familia o cualquier otra persona razonablemente capaz de ayudar, si un Destinatario cree de buena fe que tal la acción es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza a su salud o seguridad, o la salud y seguridad de otros
- Para cumplir con las obligaciones legales de los Destinatarios
- Utilizar herramientas de seguimiento en sitios web y aplicaciones para examinar su interacción y experiencia con plataformas relacionadas con el Programa o con el Producto y para ayudar al funcionamiento de los sitios web y aplicaciones
- Gestión y administración adecuadas de los Destinatarios y del Programa, incluida la redivulgación a otros Destinatarios, Proveedores, pagadores y proveedores de servicios según sea necesario para el funcionamiento del Programa

**Revocación:** Puede revocar y cancelar esta Autorización llamando al 1-833-468-7852, enviando un correo electrónico a [connect@otsuka-us.com](mailto:connect@otsuka-us.com) o enviando un aviso 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 divulga ISP para el Programa de manera continua, su revocación entrará en vigor con respecto a dicho Proveedor cuando reciban un aviso de su revocación. La revocación no afectará ningún uso o divulgación de la ISP que haya tenido lugar antes de recibir dicha cancelación. Por ejemplo, si su ISP ya se compartió con terceros, no podrá eliminarse. Si revoca esta Autorización, ya no será elegible para recibir los servicios del Programa, pero esto no afectará su capacidad para recibir el Producto.

**Autorización voluntaria: no tiene que firmar esta Autorización.** Negarse a firmar no afectará el inicio, la continuación o la calidad del tratamiento o cualquier otro tratamiento, pago, inscripción en planes de salud o elegibilidad para los beneficios para los que usted califica. Sus Proveedores no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que usted firme esta Autorización.



Consulte la página 3 para completar la información requerida.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN ENLACE PARA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

Por favor devuelva este formulario por fax al 1-240-514-3999 o por correo electrónico a [pelconsent@otsuka-us.com](mailto:pelconsent@otsuka-us.com).

**Nueva divulgación:** Una vez que su ISP se divulga según lo permitido en esta Autorización, los Destinatarios pueden volver a divulgarla y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Además, es posible que ya no esté protegida por otras leyes estatales y federales de privacidad y seguridad.

**Caducidad:** Esta Autorización permanecerá en vigor durante un (1) año a partir de la fecha de la(s) firma(s) a continuación o hasta que sea revocada, lo que ocurra primero.

Al firmar esta Autorización, usted reconoce que ha leído, comprende y está de acuerdo con esta Autorización y **autoriza expresamente** los usos y divulgaciones de la ISP a los que se hace referencia en esta Autorización.

**Contactos alternativos:** Al completar la información de contacto a continuación, usted acepta que la ISP puede ser compartida con la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación y que ha(n) aceptado que el Programa se ponga en contacto con ella(s) para informarle(s) sobre usted y darle(s) la opción de recibir textos sobre usted. Si ya no desea que compartamos su ISP con estas personas, debe ponerse en contacto con nosotros utilizando la información anterior.

<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa
_____ *Nombre del cuidador/contacto (nombre, apellidos)	_____ *Número del cuidador/contacto alternativo
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa
_____ *Nombre del cuidador/contacto adicional (nombre, apellidos)	_____ *Número del cuidador/contacto alternativo

**Consentimiento:** Al firmar esta Autorización, reconozco y confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta Autorización y **autorizo expresamente** los usos y divulgaciones de la ISP a los que se hace referencia en esta Autorización.

- Autorizo expresamente los usos y divulgaciones de la ISP a los que se hace referencia en esta Autorización.
- Doy mi consentimiento para participar en el Programa de Enlace para la Experiencia del Paciente de Otsuka.

**FIRME AQUÍ\***

**FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL**

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Autorización

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

Si es representante legal, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante legal (nombre, apellidos)

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante legal

Visite [Otsukapatientssupport.com](http://Otsukapatientssupport.com) para obtener más información sobre los productos de Otsuka.