

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMO ENLACE DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE DE OTSUKA

Fax: 1-240-514-3999

Se requiere rellenar todos los campos a menos que se indique lo contrario

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (a rellenar y firmar por el paciente)

Nombre del paciente (nombre, inicial, apellido)	Teléfono celular	Teléfono del hogar		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Pueden dejar un mensaje sobre Otsuka en	<input type="checkbox"/> Teléfono celular Usado para texto si se solicita	<input type="checkbox"/> Teléfono del hogar
Dirección residencial	Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro
Ciudad	Estado	Código postal		
Correo electrónico				

2 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (a rellenar por el paciente)

Nombre del médico prescriptor	Número de teléfono del consultorio
-------------------------------	------------------------------------

3 PRODUCTO de OTSUKA que actualmente le recetaron o que va a tomar (a rellenar por el paciente)

Escriba aquí el nombre del producto

Si está usando un medicamento inyectable, proporcione la información que se pide:

Prescriptor de pacientes ambulatorios/ Nuevo centro de atención
Farmacia
Fecha de la última inyección (si la sabe)
Fecha de la cita (si la sabe)

4 CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE TEXTO Y MENSAJES ELECTRÓNICOS

Lea detenidamente lo siguiente y marque el recuadro indicado.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES TELEFÓNICAS, MENSAJES DE TEXTO Y MENSAJES POR CORREO ELECTRÓNICO

Doy mi consentimiento para recibir llamadas y/o mensajes de texto y mensajes por correo electrónico de y en nombre de Otsuka America Pharmaceutical, Inc. Usted entiende que no se requiere su consentimiento y que no es una condición para participar en el programa. El número de mensajes variará dependiendo de las elecciones de su programa. Al dar su consentimiento para recibir mensajes de texto, entiende que aunque se hagan todos los esfuerzos para proteger su información, los mensajes SMS/de texto podrían no ser seguros. Podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Si desea información adicional, consulte la política de privacidad de Otsuka America Pharmaceutical en: otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy. Envíe el mensaje de texto STOP para dejar de recibir mensajes y HELP para recibir ayuda.

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

FIRME AQUÍ

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL
— Si es el tutor legal, indique su relación con el paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)



5 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Otsuka y sus socios comerciales podrían usar y compartir entre ellos y con mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de seguro médico, mi información relacionada con el suministro de servicios a mi persona según el programa, la administración del programa, y la información que por otra razón requiera Otsuka para cumplir con sus obligaciones legales.

Además, reconozco y acepto que Otsuka y sus representantes podrían, en cumplimiento con la ley aplicable y cualquier norma de conducta ética, comunicarse con mi proveedor o proveedores médicos, con los servicios de emergencia de la autoridad policial, con un miembro de mi familia o con cualquier otra persona que razonablemente pueda asistir, en el evento de que de buena fe crean que tal acción es necesaria para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a mi salud o seguridad, o a la salud y la seguridad de otros.

Autorizo que mi proveedor de atención médica y mi farmacia envíen mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) al Centro de Apoyo al Paciente de Otsuka, que se divulgue a, y sea revisada por Otsuka y sus representantes autorizados y a los proveedores de Otsuka, incluido el personal del Centro de Apoyo al Paciente de Otsuka, según sea necesario para proporcionar la asistencia disponible, incluido apoyo en la transición de la atención. Esto incluye enviar mi PHI como lo disponga mi proveedor de atención médica y farmacia a mis aseguradores médicos, farmacias, organizaciones de intercesión y terceros, como concentradores de datos, proveedores de tarjetas de copago, laboratorios, administradores de programas de seguridad, centros de acceso del paciente y la farmacia del programa de asistencia al paciente. Existe la probabilidad de que el destinatario de la información la vuelva a divulgar, y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Mi PHI podría incluir:

- información que se proporciona en este formulario;
- expedientes de atención médica relacionados con mi tratamiento y afección o afecciones médicas;
- información relacionada con el pagador que se reciba de mi asegurador médico;
- recetas, surtido de recetas, envío y otra información proporcionada por farmacias u otros centros de atención;
- información para ayudar a apoyar la transición de mi atención.

Mi autorización y aviso de divulgación permanecerán en vigor por un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Entiendo que el programa me podría pedir que dé mi consentimiento por escrito dos veces al año en un esfuerzo para apoyar el acceso continuo al tratamiento prescrito. Entiendo que mi farmacia podría recibir el pago del programa o del suministro de los servicios de apoyo descritos en este consentimiento como se autoriza en este consentimiento. La firma de este formulario de consentimiento es voluntaria.

La política de privacidad de Otsuka rige el uso de la información que usted proporciona y sus derechos referentes a sus datos, y se puede encontrar en otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy.

Entiendo que puedo denegarme a firmar este formulario y que no se afectará el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica.

Después de firmar este consentimiento, puedo retirarlo (revocarlo) llamando al Centro de Apoyo al Paciente de Otsuka al **888-564-9611** o enviando un aviso por escrito a **Patient Consent Management, PO Box 61204, King Of Prussia, PA 19406** con la siguiente información:

- Revocación de la autorización, nombre del paciente, apellido del paciente, fecha de nacimiento del paciente, número del teléfono de contacto, dirección de contacto

La revocación entra en vigor una vez que se recibe, y no afectará la información que se haya enviado u obtenido antes de la fecha de la revocación. Si decido no firmar esta autorización o si la revoco después de firmar este formulario, el Centro de Apoyo al Paciente de Otsuka no podrá proporcionarme el apoyo arriba descrito después de la fecha de la revocación. Entiendo que la revocación de la autorización no tendrá ningún efecto en ningún uso o divulgación de mi información que ya se haya hecho antes de recibir mi revocación.

Al proporcionar la información de contacto abajo, el paciente acepta que la información médica protegida se puede compartir con la persona cuyo nombre aparece abajo, y que la persona cuyo nombre aparece abajo acepta que el programa la llame con respecto al paciente, momento en el cual puede aceptar que el programa le envíe mensajes de texto. Si el paciente ya no desea compartir su información, el programa continuará comunicándose con la persona cuyo nombre aparece abajo con respecto al paciente, a menos que el paciente indique otra cosa.

FIRME AQUÍ

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL (He leído y acepto la autorización del paciente)
— Si es el tutor legal, indique su relación con el paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del cuidador/contacto alternativo

Relación

Teléfono celular

Nombre del cuidador/contacto adicional

Relación

Teléfono celular

Se aplican tarifas estándar por voz y mensajes de texto de la compañía de telefonía celular.



Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

