

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA COORDINACIÓN EDUCATIVA DE LOS PACIENTES DE OTSUKA

Fax: 1-240-514-3999

Todos los campos son obligatorios a menos que se indique

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (deberá completarla y firmarla el paciente)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Teléfono celular	Teléfono residencial
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autorizo a que me envíen mensajes sobre Otsuka por	<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono residencial
Domicilio	Idioma de preferencia	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		
Información de contacto alternativa		
Nombre del médico/especialización		
Número de teléfono		

2 COBERTURA DEL SEGURO (deberá completarla el paciente)

Seguro comercial/privado Medicare Medicaid Sin seguro

3 CONSENTIMIENTO SOBRE COMUNICACIONES POR TELÉFONO Y MENSAJES DE TEXTO

Lea con atención lo siguiente y marque la casilla indicada.

Consentimiento sobre comunicaciones por teléfono y mensajes de texto

Doy mi consentimiento para recibir llamadas y/o mensajes de texto en nombre y representación de Otsuka America Pharmaceutical, Inc., realizados con marcador automático o mensaje de voz pregrabado, al o a los números de teléfono proporcionados. Usted comprende que su consentimiento no es obligatorio ni es una condición para participar en el programa. La cantidad de mensajes variará según las selecciones de su programa. Al otorgar el consentimiento sobre los mensajes de texto usted comprende que, si bien se hará todo lo posible para proteger la información, los mensajes de texto/SMS pueden no ser seguros. Pueden aplicarse costos por los mensajes y el uso de datos. Para obtener información adicional, consulte la política de privacidad de Otsuka America Pharmaceutical en: otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy. Envíe un mensaje con la palabra STOP para dejar de recibir mensajes y la palabra HELP para obtener ayuda.

Doy mi consentimiento para participar en el programa de coordinación educativa de los pacientes de Otsuka.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL
— Si se trata del tutor legal, indique la relación con el paciente.

Fecha (MM/DD/AAAA)

Fax: 1-240-514-3999

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Comprendo que Otsuka y sus socios comerciales pueden utilizar y compartir entre sí y con mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de seguros de salud la información pertinente en relación con los servicios que se me proporcionan en virtud del programa, con la administración del programa o con cualquier otro procedimiento que Otsuka exija para cumplir con sus obligaciones legales.

Autorizo a que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sea enviada a Otsuka Patient Support por mi proveedor de atención médica y farmacia, sea divulgada y revisada por Otsuka y sus representantes y proveedores autorizados, incluido el personal del centro de atención telefónica de Otsuka Patient Support, según sea necesario para brindar la atención disponible, incluida la transición del programa asistencial. Esto incluye el envío de mi PHI conforme con lo dispuesto por mi proveedor de atención médica y farmacia a mis aseguradoras de salud, farmacias, organizaciones de defensa de derechos e intereses de los pacientes y terceros tales como recopiladores de bases de datos, proveedores de tarjetas de copago, laboratorios, administradores de programas de seguridad, centros de admisión de pacientes y la farmacia del programa de asistencia al paciente. Existe la posibilidad de que la información sea divulgada nuevamente por el receptor, y ya no estaría protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Mi PHI puede incluir lo siguiente:

- la información presentada en este formulario;
- registros de atención médica relacionados con mi tratamiento y mis afecciones;
- información relacionada con el pago recibida de mi aseguradora de salud;
- recetas, suministros, envíos y cualquier información proporcionada por las farmacias u otros centros de atención;
- información de apoyo sobre la transición de mi atención.

La autorización y el aviso de divulgación de información tendrán vigencia durante un (1) año desde la fecha de mi firma. Comprendo que el programa me puede solicitar el consentimiento por escrito una vez cada dos años con el fin de respaldar el acceso continuo al tratamiento recetado. Entiendo que mi farmacia puede recibir un pago del Programa o por brindar los servicios de apoyo descritos en este consentimiento, según lo autorizado en el presente. 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 con respecto a los datos. Puede encontrarla en otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy.

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que esto no afectará el inicio, la continuación ni la calidad del tratamiento que reciba del proveedor de atención médica.

Después de haber firmado este consentimiento, puedo retirarlo (revocarlo) llamando a Otsuka Patient Support 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, primer nombre del paciente, apellido del paciente, fecha de nacimiento del paciente, número de teléfono de contacto, domicilio de contacto

El retiro del consentimiento tiene vigencia a partir de su recepción y no afectará la información que se haya enviado u obtenido antes de la fecha de dicho retiro. Si decido no firmar esta autorización o si retiro mi consentimiento después de firmar este formulario, Otsuka Patient Support no podrá proporcionarme el apoyo descrito anteriormente a partir de la fecha de la revocación. Comprendo que, si retiro mi consentimiento, eso no tendrá efecto sobre ningún uso o divulgación de la información sobre mi persona que se haya producido antes de la recepción de dicho retiro.

Al completar la información de contacto que figura a continuación, el paciente acepta que la información de salud protegida puede ser compartida con la persona mencionada a continuación, y que dicha persona acepta ser contactada por el Programa, con referencia al paciente, y que en tal momento pueden aceptar recibir comunicaciones del Programa por mensajes de texto. Si el paciente ya no desea compartir su información, la persona mencionada a continuación seguirá siendo contactada por el Programa con referencia al paciente, a menos que el paciente indique lo contrario.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL (He leído y acepto la Autorización del paciente)
— Si se trata del tutor legal, indique la relación con el paciente.

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del cuidador/contacto alternativo

Relación

Teléfono residencial

Teléfono celular

Se aplican los costos estándar del prestador de telefonía móvil por los mensajes de texto y de voz.



Otsuka America Pharmaceutical, Inc.