

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (PAN)

Teléfono: (800) 704-6610 Fax: (800) 704-6612 Genentech-Access.com/XOLAIR

ACS/091814/0034(2) 08/15

XOLAIR Access Solutions es un programa gratuito de Genentech para usted.

Trabajamos para ayudarlo a pagar su producto de Genentech. Podemos ayudarlo de muchas maneras diferentes. Ayudamos a las personas que cuentan con un plan de salud y a quienes no lo tienen.

Si no tiene plan de salud, o si su plan no pagará por su(s) producto(s) de Genentech, es posible que podamos ayudarlo. Si cumple con ciertos estándares financieros y médicos, podemos proporcionarle el medicamento en forma gratuita. Esto se hace a través de la Genentech® Access to Care Foundation (GATCF).

Para ayudarlo, necesitamos ver, usar y revelar su información personal identificable (personally identifiable information, PII). Su proveedor de atención médica y su plan de salud pueden revelarnos su PII únicamente con su autorización por escrito. Al firmar este formulario de autorización, usted autoriza a su proveedor de atención médica y a su plan de salud a entregarnos su PII, y nos autoriza a revelar su PII según sea necesario para proporcionarle servicios. Una vez que firme este formulario y este se nos envíe de regreso, o usted o su proveedor de atención médica en su nombre nos lo envíen electrónicamente, podemos empezar a proporcionarle estos servicios. Usted puede optar por no acceder a esta autorización, sin embargo, tenga en cuenta que no podemos proporcionarle nuestros servicios sin ella. Esto significa que podría ser necesario que pague ciertos medicamentos por su propia cuenta.

LEA CUIDADOSAMENTE ESTE FORMULARIO. SI TIENE PREGUNTAS, HABLE CON EL CONSULTORIO DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O LLÁMENOS AL NÚMERO TELEFÓNICO QUE APARECE EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA.

1 INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ O USARÁ

Este formulario firmado les permite a mis proveedores de atención médica y planes de salud enviar mi PII, y este formulario en forma electrónica, a Genentech Access Solutions y/o a la GATCF. Esto incluye:

- Todos mis registros médicos relacionados con mi tratamiento
- Información sobre los beneficios de mi plan de salud
- El saldo en dólares que queda del total de los pagos de por vida que cubre la póliza de mi plan de salud (si esto se aplica a mi plan)
- Toda información relacionada con mi salud o el cumplimiento de mi tratamiento

Todo lo mencionado arriba se considera parte de mi PII. Sé que esto podría incluir información sobre:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Afecciones de salud mental
- Resultados de pruebas genéticas

2 QUIÉN PUEDE VER Y USAR MI PII

Mi PII puede ser vista por Genentech Access Solutions y/o la GATCF. Estos son programas que patrocina Genentech. Su dirección es 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990. También puede ser vista por cualquier persona que ayude a Genentech Access Solutions en la prestación de servicios, lo que incluye a empleados de Genentech y a cualquier socio de Genentech, a los efectos de facilitar el acceso a los productos de Genentech. Genentech puede compartir su PII con los Patrocinadores, y/o sus agentes y afiliadas, y con su proveedor de atención médica y plan de salud.

Mi PII se puede usar solamente de las maneras siguientes:

- Ayudarme con la cobertura de mi plan de salud para productos de Genentech
- Presentar una solicitud a la GATCF
- Determinar la elegibilidad para formas de cobertura y fuentes de financiamiento alternativas
- Coordinación del surtido de recetas a través de una farmacia
- Rastrear mi uso de productos de Genentech
- Para fines administrativos de Genentech o de nuestros socios

3 AVISOS

La presente autorización y aviso de divulgación tendrá vigencia durante 3 años desde la fecha de mi firma, o de la última inscripción, lo que ocurra primero, salvo que un período inferior sea requerido por ley.

Entiendo que si soy residente del estado de Maryland, esta autorización será válida solamente durante 1 año desde la fecha de mi firma.

Una vez que firme este formulario, soy consciente de que mi PII podría no estar cubierta por ninguna ley federal que restrinja el uso y la divulgación de mi PII. No hay garantía de que mi PII pudiera no ser divulgada a un tercero. Este tercero podría no tener que cumplir con las condiciones de esta autorización y aviso de divulgación.

Tengo conocimiento de que puedo negarme a firmar este formulario. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento y por cualquier motivo. Esto no afectará al inicio o la continuación de mi tratamiento, la calidad de mi tratamiento, ni tendrá ningún impacto en él por parte de mi proveedor de atención médica. Para retirar mi autorización, debo enviar un aviso por escrito a Genentech. Puede ser enviado por fax o por correo postal a la dirección indicada en esta página. Este retiro entra en vigencia una vez que lo reciba Genentech. En el caso de que no firme este formulario o que retire mi autorización, Genentech no podrá ayudarme a acceder a mi(s) producto(s) de Genentech.

Entiendo que yo, como paciente o signatario, tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada y aviso de divulgación durante el período en que está vigente.

4 ACEPTACIÓN DE DISTRIBUCIÓN

Si recibo productos gratuitos de la GATCF, usaré los productos de Genentech como mi proveedor de atención médica me los recetó. No venderé o distribuiré los productos de Genentech. Entiendo que es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que cualquier producto de Genentech se envíe a una dirección segura cuando me hagan el envío. Sé que es mi deber controlar cualquier producto de Genentech mientras esté en mi poder.

Este aviso por escrito se debe firmar, fechar y enviar por correo postal, fax o en forma electrónica a:

Genentech Access Solutions
1 DNA Way, Mail Stop #858a
South San Francisco, CA 94080-4990

Fax: (800) 704-6612

5 FIRMA Y FECHA (OBLIGATORIAS)

He leído este documento o me lo han explicado. Al firmar este formulario, sé que estoy autorizando la divulgación y entrega de mi PII como se analiza en este formulario de autorización. **Complete toda la información a continuación. Asegúrese de firmar y fechar este formulario. Si no lo hace, se podría retrasar el proceso para brindarle ayuda.**

Debe firmar y colocar la fecha aquí

Firma del Paciente o de la Persona Legalmente Autorizada

Relación con el Paciente

Fecha de la Firma

Debe poner aquí su nombre, en letra de imprenta

Nombre del Paciente, en Letra de Imprenta

Dirección del Paciente/Contacto Alternativo

Si firma por el paciente, debe poner aquí su nombre, en letra de imprenta

Nombre de la Persona Legalmente Autorizada/Nombre del Contacto Alternativo

Teléfono del Contacto

Se puede dejar un mensaje detallado*: Autorizo a Genentech Access Solutions/la GATCF a dejar un mensaje detallado en el siguiente número: _____

*Comprendo que este mensaje puede incluir PII, lo cual comprende, pero no se limita a, el nombre del medicamento que se me recetó, el nombre de mi médico y detalles relativos a la cobertura de seguro.

6 INFORMACIÓN FINANCIERA (GATCF ÚNICAMENTE)

INGRESOS FAMILIARES TOTALES CORRESPONDIENTES AL AÑO CALENDARIO PREVIO: \$ _____

Lea el testimonio siguiente: Comprendo que para reunir los requisitos a fin de recibir medicamentos gratuitos, la GATCF tiene ciertos criterios que se deben cumplir, lo que incluye los ingresos. Certifico que mi declaración anterior de los ingresos familiares totales correspondientes al año calendario previo es verdadera, y que no cuento con recursos económicos ni cobertura de seguro para pagar los productos de Genentech. Sé que la GATCF podría solicitarme una copia de mi formulario 1040 del IRS u otra prueba de mis ingresos para propósitos de auditoría. Estoy de acuerdo con proporcionar en forma oportuna mis documentos financieros, si me los solicitan. Además, notificaré inmediatamente a la GATCF si cambia mi situación de seguro. Tenga en cuenta que la GATCF ejercerá todos los recursos legales apropiados, lo que incluye un juicio de indemnización por daños y perjuicios en litigio, en el caso de que la GATCF determine que esta certificación es falsa o que el testimonio financiero es falso o inexacto. Al firmar este testimonio, certifico que el monto de mis ingresos familiares anuales declarados arriba es verdadero y exacto, a mi leal saber y entender.

Firme y coloque la fecha aquí (Se requiere para la Inscripción en la GATCF)

Firma del Paciente o de la Persona Legalmente Autorizada

Fecha de la Firma

7 UN PROGRAMA OPCIONAL Y GRATUITO DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Deseo inscribirme en un programa opcional y gratuito de asistencia al paciente brindado por Genentech. Entiendo que se necesita mi PII para que pueda participar en este programa. También sé que se compartirá mi PII con Genentech Access Solutions y con el programa de asistencia al paciente. Puedo elegir que se me contacte por correo, correo electrónico o teléfono. Entiendo que mi PII no será compartida fuera de Genentech, ni por sus agentes. Acepto que Genentech o sus agentes se pongan en contacto conmigo en el futuro sobre este programa.

La política de privacidad de Genentech se puede encontrar en Genentech-Access.com. Entiendo que no tengo que firmar esta parte del formulario. No tiene ningún efecto a la hora de obtener mi medicamento. No forma parte de recibir asistencia de Genentech Access Solutions. También sé que puedo cancelar esta inscripción en el programa de asistencia al paciente en cualquier momento. Para cancelar, puedo llamar al (877) 436-3683.

Forma preferida de ponerse en contacto conmigo (Marque el casillero que corresponda y complete su información. Puede marcar más de un casillero.):

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Dirección: _____

Elija inscribirse firmando aquí

Firma del Paciente o de la Persona Legalmente Autorizada (Debe firmar aquí para inscribirse en el programa de asistencia al paciente.)

Fecha de la Firma

XOLAIR® y su logotipo es una marca comercial registrada de Novartis AG. El logotipo de Access Solutions es una marca comercial registrada de Genentech, Inc.