

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA UCD

Envíe el formulario completo por fax al 877-695-8304. **Favor de regresar con el Formulario de Recetas Médicas o la Solicitud PAP de los Servicios de Asistencia UCD.**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Favor de firmar la Autorización HIPAA y las secciones del Consentimiento del Paciente y la Autorización del Programa antes de regresar.

Autorización HIPAA

El programa de los Servicios de Asistencia UCD de Horizon (el "Programa") ofrece servicios que varían de un paciente a otro y pueden incluir la administración de recetas médicas, asistencia en la obtención de reembolsos, derivaciones a programas de apoyo financiero para pacientes, compromiso de envío y reposición de medicamentos, envío de mensajes de cumplimiento y constancia al paciente y al médico del paciente, y fármacos gratis a aquellos pacientes a quienes se les ha recetado RAVICTI® (fenilbutirato de glicerol) Líquido Oral o BUPHENYL® (fenilbutirato de sodio) Tabletas y Polvo y son elegibles. Esta Autorización permitirá que los profesionales de la salud del paciente y sus compañías de seguro médico puedan comunicarle información a Horizon Pharma plc y a las empresas que trabajan en su representación para que así Horizon pueda proporcionar los servicios descritos anteriormente al paciente, siempre y cuando el paciente cumpla con los requisitos necesarios.

AUTORIZACIÓN: Al firmar esta Autorización, yo (el paciente o la persona que representa al paciente) autorizo a cada uno de mis médicos, boticarios y otros profesionales de la salud (en conjunto, los "Profesionales de la salud") y a cada una de mis compañías aseguradoras de la salud (en conjunto, las "Aseguradoras") a utilizar o comunicar la información de salud protegida a Horizon y a sus empleados, que pueden incluir los representantes de área y sus agentes (en conjunto, "Horizon"), exclusivamente para el uso de la prestación de los servicios del Programa relacionados conmigo o con mi hijo. Mi información de salud puede compartirse verbalmente o por escrito, por medio de transferencia de datos, fax o correo electrónico.

Mis Profesionales de la salud y las Aseguradoras pueden usar o divulgar mi información de salud protegida si así lo solicita Horizon. Esta información puede incluir: **(1)** mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono; **(2)** historia clínica e información sobre tratamientos según sea necesario; **(3)** información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro de salud; **(4)** y mi información financiera. Horizon podrá recibir y utilizar esta información para administrar el Programa, así como determinar mi elegibilidad para servicios específicos, tales como la asistencia financiera.

Entiendo que una vez que mi información de salud protegida haya sido comunicada a Horizon, las leyes federales de privacidad ya no podrán protegerla de ninguna divulgación adicional. Sin embargo, Horizon ha acordado permitir la utilización y divulgación de mi información exclusivamente para los efectos de la prestación de los servicios del Programa. También tengo entendido que:

- No tengo la obligación de firmar esta Autorización. No se verán directamente afectados mi tratamiento, el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro ni la elegibilidad para recibir los beneficios del seguro. Sin embargo, si yo no firmo, no seré elegible para recibir los servicios del Programa.
- Esta Autorización permanecerá en vigor hasta que yo ya no participe en el Programa, momento en el cual vencerá.
- Puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento, al comunicarme con los Servicios de Asistencia UCD al 855-823-7878. Si yo la cancelo, mis Profesionales de la salud y las Aseguradoras no podrán ya más divulgar mi información de salud protegida a Horizon. Sin embargo, la cancelación no afectará la capacidad de Horizon para usar o divulgar la información que ya haya recibido. Y si la cancelo, ya no podré recibir los servicios del Programa.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada.

Firma del paciente/representante personal*: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/representante personal en letra de imprenta: _____

Relación (representante personal), si corresponde (padre, poder notarial, etc.): _____

Consentimiento del Paciente y Autorización de los Servicios del Programa

Al firmar la presente, estoy de acuerdo en que el personal del programa de los Servicios de Asistencia UCD de Horizon (el "Programa") se comunique conmigo por teléfono, correo o correo electrónico, para proporcionar información adicional sobre la participación en el Programa, el cual ofrece servicios como administración de recetas médicas, asistencia en la obtención de reembolsos, derivaciones a programas de apoyo financiero para pacientes, compromiso de envío y reposición de medicamentos, envío de mensajes de cumplimiento y constancia al paciente y al médico del paciente, y fármacos gratis a aquellos pacientes que son elegibles para UCD.

También estoy de acuerdo en permitirle a Horizon que utilice y comunique la información que se le ha proporcionado de mí en referencia a los servicios del Programa que yo o mi médico solicitamos. Mi información puede ser utilizada y comunicada en referencia a la administración de los servicios del Programa descritos anteriormente. Yo autorizo al Programa a enviar, por correo o por fax, información acerca de las recetas médicas a una farmacia. También tengo entendido y estoy de acuerdo en que:

- Horizon puede verificar la exactitud de la información contenida en este formulario y solicitar información adicional financiera y acerca de seguros.
- Las prácticas de privacidad de Horizon pueden cambiar con el tiempo. Todos los participantes del Programa recibirán notificación de los cambios importantes de manera oportuna.
- Horizon puede cambiar o suspender el Programa en cualquier momento. Todos los participantes del Programa recibirán notificación de los cambios importantes de manera oportuna.
- Este consentimiento permanecerá en vigor durante el tiempo que yo participe en el Programa.
- No tengo la obligación de firmar esta autorización y la puedo revocar (cancelar) en cualquier momento comunicándome con los Servicios de Asistencia UCD al 855-823-7878. Si revoco o no firmo el consentimiento, no seré elegible para recibir los servicios del Programa. El revocar o no firmar el consentimiento no afectará mi tratamiento ni la elegibilidad o beneficios del seguro de ninguna otra forma.
- He entregado un formulario de autorización HIPAA firmado a mi profesional de la salud.
- Me comunicaré con el Programa si cambia mi situación financiera o cobertura de seguro.

Autorización adicional: Asimismo, autorizo a que el Programa se comunique conmigo acerca de los servicios adicionales de asistencia de UCD para pacientes, tales como educación para pacientes y asistencia para tomar el medicamento como es debido. Entiendo que no es necesario estar de acuerdo con esta Autorización adicional para recibir los servicios del Programa antes mencionados si soy elegible.

Firma del paciente/representante personal*: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/representante personal en letra de imprenta: _____

Relación (representante personal), si corresponde (padre, poder notarial, etc.): _____