

Autorización conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos

Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica, a mis aseguradores médicos y a mis farmacias a usar y divulgar mi información médica de identificación individual, incluidos mis registros médicos, información de cobertura del seguro y mi nombre, dirección y número de teléfono a Horizon Pharma USA, Inc., y sus afiliados, sus agentes y representantes correspondientes (de manera colectiva, "Horizon"), incluidos los terceros autorizados por Horizon para administrar el apoyo de fármacos y entregar los fármacos (de manera colectiva, "Servicios para pacientes de Horizon") para los siguientes fines: (1) establecer la elegibilidad de los beneficios; (2) comunicarse con proveedores de atención médica y conmigo acerca de mi atención médica; (3) facilitar la provisión de productos, suministros o servicios por un tercero, que incluye, entre otros, farmacias de especialidad; (4) registrarme en cualquier programa de registro del producto correspondiente requerido para mi tratamiento; (5) inscribirme en programas de apoyo al paciente elegibles ofrecidos por Servicios para pacientes de Horizon y/o Horizon, incluidos los servicios de apoyo de acceso al paciente o enfermería (los programas reembolsados por el gobierno pueden no ser elegibles para todos los servicios de apoyo ofrecidos; comuníquese con Servicios para pacientes de Horizon para obtener una determinación); y (6) enviarme información de comercialización relacionada con mi tratamiento o afección (o productos o servicios relacionados en los que pueda estar interesado) y comunicarse conmigo ocasionalmente para obtener mi opinión (solo para fines de investigación del mercado) sobre mi tratamiento, mi afección o mi experiencia con Horizon y/o Servicios para pacientes de Horizon que se requieren de otro modo o según lo permita la ley. Comprendo que las farmacias pueden recibir una remuneración por parte de Horizon a cambio de (1) proporcionarme determinados materiales e información descritos anteriormente y (2) utilizar o divulgar determinada información médica de conformidad con esta Autorización.

Comprendo que Horizon, al igual que mis proveedores de atención médica, no pueden obligarme a firmar esta Autorización como condición para tener acceso a medicamentos, fármacos recetados, tratamiento u otro tipo de atención. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Comprendo que en algunos casos el destinatario puede volver a divulgar la información divulgada en virtud de esta Autorización, y ya no estará protegida por Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos u otras leyes de privacidad. Sin embargo, Horizon aceptó usar y divulgar mi información con el solo fin del funcionamiento del programa.

Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo una carta firmada que solicite una cancelación a Servicios para pacientes de Horizon, 150 South Saunders Rd, Lake Forest, IL 60045, pero esta cancelación no se aplicará a ninguna información usada o divulgada por mis proveedores de atención médica y/o aseguradores médicos según esta Autorización antes de que se les notifique que la cancelé. A menos que lo requiera la ley estatal, esta Autorización es válida para lo que sea mayor: (a) la duración del resto de este tratamiento o (b) 10 años a partir de la fecha firmada a continuación.

Una fotocopia de esta Autorización se tratará de la misma manera que el original.

Fecha: _____

Nombre del paciente, en letra de imprenta: _____

Firma del paciente/representante legalmente autorizado: _____

Nombre del representante legalmente autorizado, en letra de imprenta (si se requiere): _____

Dirección particular del paciente/representante legalmente autorizado:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del paciente/representante legalmente autorizado: _____ Hogar Celular

Dirección de correo electrónico del paciente/representante legalmente autorizado: _____

Relación del representante legalmente autorizado con el paciente: Cónyuge Padre/madre/tutor legal Representante según el apoderado

¿Hay alguien más con quien podamos analizar su información médica protegida? No Sí

Nombre: _____

Relación con usted: _____

Nombre: _____

Relación con usted: _____