

**Envía por fax el formulario completo al 1-866-470-1744
Para obtener más información, llama al 1-866-997-3688**

Por favor, imprimir

Nombre del médico prescriptor _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** ___ / ___ / ____

Autorización del paciente y solicitud de transmisión de información personal a Jazz Pharmaceuticals (SE REQUIERE LA FIRMA PARA PARTICIPAR EN los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz)

Por la presente, autorizo y ordeno a mi(s) prescriptor(es) y su personal, a mi(s) asegurador(es) médico(s) y a la farmacia especializada que surtirá mi receta (la "Farmacia") que divulguen la siguiente información ("Información Personal") a Jazz Pharmaceuticals (incluidos sus afiliados y proveedores que ayuden a proporcionar los servicios) (en conjunto, "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el Programa JazzCares:

- Información sobre mi tratamiento con los productos de Jazz Pharmaceuticals, incluyendo diagnósticos y prescripciones relevantes; e
- Información sobre los beneficios de mi seguro médico, incluidos los deducibles y los gastos de mi bolsillo.

Comprendo y autorizo que Jazz Pharmaceuticals utilice y divulgue la Información Personal que reciba a partir de este Formulario, para los siguientes propósitos:

- (i) gestionar, administrar, inscribirme y/o prolongar mi participación en el Programa JazzCares o cualquier otro servicio y actividad de apoyo al paciente afiliado a Jazz, relacionado con mi condición o tratamiento;
- (ii) verificar, investigar, coordinar y resolver consultas de cobertura de seguro o reembolso y pago de los productos de Jazz Pharmaceuticals;
- (iii) coordinar la recepción y el pago de los productos de Jazz Pharmaceuticals;
- (iv) comunicarse conmigo sobre cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el programa JazzCares (esto podría incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi terapia o mi condición médica, u oportunidades para participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas);
- (v) contactar y proporcionar mi Información Personal a organizaciones de defensa del paciente, programas de apoyo al paciente, asistencia para copagos o programas similares para determinar la elegibilidad para la cobertura y la inscripción;
- (vi) desidentificar mi Información Personal al añadirla con fines investigativos;

(vii) gestionar los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, y los fines administrativos que respaldan estos servicios y programas.

Comprendo y autorizo que Jazz Pharmaceuticals se comunique conmigo utilizando la información de contacto proporcionada a Jazz para inscribirme, gestionar y administrar cualquier servicio de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el programa JazzCares, a través de una variedad de medios que incluyen correo electrónico, correo postal, teléfono, fax, o SMS/texto (por lo que puedo optar por separado a continuación) a menos que opte por no recibir estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals y utilizando la información de contacto a continuación. Comprendo que la gestión y administración de algunos de estos servicios y/o programas podrían requerir que Jazz se comunique conmigo por teléfono o SMS/mensaje de texto.

Comprendo que Jazz Pharmaceuticals podría comunicar a mi(s) prescriptor(es) y su personal, a mi(s) asegurador(es) médico(s) o a la Farmacia, cualquier Información Personal sobre mí que Jazz Pharmaceuticals podría crear o recibir. Entiendo que mi (s) asegurador(es) de salud, farmacia y proveedores externos podrían recibir una remuneración (pago) a cambio de divulgar mi información personal a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares, sus afiliados y proveedores que ayudan a proporcionar los servicios) y/o por brindarme servicios de apoyo para los fines descritos anteriormente.

Comprendo que después que mi Información Personal se transmita a Jazz Pharmaceuticals, es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Jazz Pharmaceuticals no divulgará mi información personal a un tercero que no esté relacionado con los programas de apoyo al paciente (como un familiar o amigo) a menos que yo autorice específicamente a Jazz a hacerlo. Si solicito que una persona o entidad que no sea Jazz Pharmaceuticals reciba mi información personal, comprendo que el receptor podría no estar sujeto a la ley HIPAA u otras leyes de privacidad, y que el receptor podría volver a divulgar mi información personal.

Comprendo que podría negarme a firmar este formulario y que mi negativa no afectará el tratamiento que reciba de mi(s) prescriptor(es) y su personal, mi(s) asegurador(es) médico(s) y la farmacia, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios de seguro médico a los que tengo derecho. También comprendo que puedo revocar este Formulario en cualquier momento en el futuro, pero si lo hago, es posible que yo ya no sea elegible para participar en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Comprendo que si revoco este formulario, la revocación no afectará los usos y divulgaciones de mi Información Personal que ya se hayan realizado en base a este Formulario.

Este Formulario seguirá siendo válido hasta la finalización de la inscripción en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, a menos que la ley estatal exija un tiempo más corto. También puedo revocarlo antes, llamando al 1-866-997-3688 o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589. Comprendo que el Programa podría cambiar o finalizar en cualquier momento sin notificación previa. Comprendo que yo podría solicitar una copia de este formulario que se encuentra en los archivos de Jazz.

Puedes encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals en <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/>. Si eres residente de California, también puedes encontrar una descripción de la información personal recopilada por Jazz Pharmaceuticals y tus derechos bajo la Ley de Privacidad del Consumidor de California en este sitio web: <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/supplemental-notice-for-california-consumers/>.

Confirmando que la información proporcionada es verdadera y correcta. Si yo soy el compañero de cuidados médicos del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Firma de paciente/cuidador _____

Correo electrónico _____ **Fecha** ___ / ___ / ___

Consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA, por sus siglas en inglés)

Además del consentimiento anterior, comprendo que al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que Jazz me llame y envíe mensajes de texto al (a los) número(s) de teléfono que he proporcionado. Jazz podría usar máquinas de marcación automática o mensajes artificiales o pregrabados para comunicarse conmigo, y podría dejar un mensaje de voz o enviar un mensaje de texto/SMS (podrían aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto). Comprendo que no estoy obligado a proporcionar este consentimiento como condición para la compra de los bienes o servicios, y que puedo responder BAJA (STOP) para cancelar los mensajes SMS.

Teléfono de la casa _____ **Teléfono móvil** _____

Consentimiento para recibir información adicional (LA FIRMA ES VOLUNTARIA Y NO ES NECESARIA PARA PARTICIPAR EN programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz)

Jazz Pharmaceuticals ofrece una variedad de programas y productos. Si deseas recibir información adicional sobre estas ofertas, marca la casilla correspondiente a continuación.

Al marcar esta casilla, confirmo que soy mayor de 18 años y residente de los EE.UU. Estoy indicando que me gustaría recibir información de Jazz Pharmaceuticals sobre programas educativos, productos y servicios. También comprendo que al marcar esta casilla, autorizo a Jazz Pharmaceuticals a enviarme mensajes de texto. Estos mensajes podrían comercializar o promocionar productos, bienes o servicios de Jazz Pharmaceuticals. Comprendo que proporcionar esta autorización es un acto voluntario y no juega ningún papel en la obtención de mi medicamento. Puedo optar por no participar en cualquier momento, llamando al 1-866-997-3688 o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589.