



# Formulario de autorización del paciente de Jazz Pharmaceuticals



Envíe el formulario relleno por fax al  
1-866-470-1744 Para más información  
llame al 1-866-997-3688

**Imprimir**

Nombre del médico que receta \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## **Autorización del paciente para la divulgación y el uso de información de salud (SE REQUIERE FIRMA PARA PARTICIPAR EN PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE APOYO AL PACIENTE patrocinados por Jazz)**

Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) aseguradora(s) de salud y a la farmacia especializada que surtirá mi receta (la "Farmacia"), a divulgar mi Información de salud a Jazz Pharmaceuticals (incluidos sus afiliados y proveedores que ayudan a prestar los servicios) (en conjunto, "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Doy mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y la divulgación de mi Información de salud para los fines descritos en la Divulgación de autorización del paciente.

Confirmando que he leído, entiendo y acepto la Divulgación de autorización del paciente.

Verifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Si soy el cuidador del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Acepto el uso de registros y firmas electrónicos. Reconozco que tendré la opción de descargar este documento después de pulsar el botón de enviar y la capacidad de guardar o enviar este registro electrónico y la divulgación a un lugar donde pueda imprimirlo, para referencia y acceso futuros.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico de Jazz sobre programas educativos, productos y servicios

Al marcar esta casilla, confirmo que soy mayor de 18 años y residente en EE. UU. Estoy indicando que me gustaría recibir información de Jazz sobre programas educativos, productos y servicios. Doy mi consentimiento para que Jazz, sus filiales y proveedores de servicios recopilen, procesen y compartan mi Información de salud para llevar a cabo actividades de marketing y comunicarse conmigo en relación con productos y servicios que puedan ser de mi interés. Entiendo que Jazz no venderá mi Información de salud a terceros.

Puedo darme de baja en cualquier momento de futuras comunicaciones por correo electrónico de Jazz haciendo clic en el enlace “unsubscribe” (darse de baja) que aparece en las comunicaciones por correo electrónico de Jazz Pharmaceuticals. Puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para que no se recopile, utilice o comparta mi Información de salud con fines de marketing mediante uno de los métodos enumerados en la Política de Privacidad de Datos de Salud del Consumidor de EE. UU. (<https://www.jazzpharma.com/us-consumer-health-data-privacy-policy>).

## Consentimiento para comunicaciones telefónicas de Jazz (Consentimiento TCPA)

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que Jazz me llame y envíe mensajes de texto al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s) con comunicaciones promocionales relacionadas con los productos y servicios de Jazz y/o mi afección o tratamiento (pueden aplicarse tarifas de mensajería de texto estándar). Puedo responder STOP (DETENER) para darme de baja en cualquier momento.

Teléfono de su hogar \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

**Entiendo que la participación en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, es voluntaria y, si he dado mi consentimiento, la recepción de comunicaciones de marketing son servicios opcionales.**

**El(los) consentimiento(s) anterior(es) no afecta(n) de ninguna manera mi derecho a obtener cualquier medicamento y no tengo que dar mi consentimiento para poder recibir cualquier medicamento.**

## Divulgación de la autorización del paciente

### I. Usos y divulgación de información de salud

Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) aseguradora(s) de salud y a la farmacia especializada que surtirá mi receta (la "Farmacia"), a divulgar mi nombre (y el nombre de mi cuidador si corresponde), sexo, fecha de nacimiento, información de contacto y la siguiente información (en conjunto "Información de salud") a Jazz Pharmaceuticals (incluidas sus afiliadas y proveedores de servicios que actúan como procesadores de datos) (en conjunto "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el programa JazzCares:

- información relativa a mi tratamiento con fármacos de Jazz Pharmaceuticals, incluidos los diagnósticos y recetas pertinentes; e
- información sobre las prestaciones de mi seguro de salud, incluidos los deducibles y los gastos de mi bolsillo.

Entiendo y autorizo a Jazz Pharmaceuticals a utilizar y divulgar mi Información de salud que reciba como resultado de este Formulario para los siguientes fines:

- (i) operar, administrar, inscribirme y/o continuar mi participación en el programa JazzCares o en cualquier otro servicio de apoyo al paciente afiliado a Jazz y en actividades relacionadas con mi afección o tratamiento;
- (ii) verificar, investigar, coordinar y resolver consultas sobre cobertura de seguro o reembolso y pago de fármacos de Jazz Pharmaceuticals; coordinar mi recepción y pago de fármacos de Jazz Pharmaceuticals;
- (iii) ponerse en contacto conmigo acerca de cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares (esto puede incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi terapia o mi afección médica, u oportunidades de participar en grupos de debate, encuestas o entrevistas);
- (iv) ponerse en contacto y facilitar mi Información de salud a organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente, asistencia al copago o programas similares para determinar la elegibilidad para la cobertura y la inscripción;
- (v) desidentificar mi Información de salud mediante su agregación con fines de investigación;
- (vi) gestionar programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, y fines administrativos que apoyen estos servicios y programas.

Entiendo que Jazz Pharmaceuticals no venderá mi Información de salud a terceros, pero Jazz Pharmaceuticals puede divulgar dicha información a sus afiliados y proveedores de servicios para los fines descritos en este Formulario. También entiendo que si no doy mi consentimiento para el uso de mi Información de salud para los fines arriba mencionados, no podré participar en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Entiendo y autorizo a Jazz Pharmaceuticals a ponerse en contacto conmigo mediante la información de contacto proporcionada a Jazz para inscribirme, operar y administrar cualquier servicio de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el programa JazzCares, a través de diversos medios, como correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o SMS/texto, a menos que opte por no recibir estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals mediante la información de contacto que figura a continuación. Entiendo que el funcionamiento y la administración de algunos de estos servicios y/o programas pueden requerir que Jazz se ponga en contacto conmigo por teléfono o SMS/texto.

Entiendo que Jazz Pharmaceuticals puede comunicar a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) aseguradora(s) de salud o a la Farmacia, cualquier Información de salud sobre mí que Jazz Pharmaceuticals pueda crear o recibir. Entiendo

que mi(s) aseguradora(s) de salud, Farmacia y proveedor(es) externo(s) pueden recibir una remuneración (pago) a cambio de revelar mi Información de salud a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares, sus filiales y proveedores de servicios que actúan como procesadores de datos) y/o por prestarme servicios de apoyo para los fines descritos anteriormente.

Entiendo que después de que mi Información de salud se transmita a Jazz Pharmaceuticals, es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, Jazz Pharmaceuticals no divulgará mi Información de salud a un tercero que no esté relacionado con los programas de apoyo al paciente (como un miembro de la familia o amigo) a menos que yo autorice específicamente a Jazz a hacerlo. Si solicito que una persona o entidad distinta de Jazz Pharmaceuticals reciba mi Información de salud, entiendo que el receptor puede no estar sujeto a la HIPAA u otras leyes de privacidad y que la Información de salud podría ser divulgada de nuevo por el receptor.

## **II. Sin efecto sobre el tratamiento.**

Entiendo que puedo negarme a firmar este Formulario y que mi negativa no afectará al tratamiento que recibo de mi(s) médico(s) prescriptor(es) y su personal, mi(s) aseguradora(s) de salud y la Farmacia, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro de salud a los que tengo derecho.

## **III. Caducidad, derecho a obtener una copia y derecho de revocar**

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 plazo más breve.

Entiendo que el Programa puede ser modificado o finalizado en cualquier momento sin notificación previa. Entiendo que puedo solicitar una copia de este Formulario que está archivado en Jazz.

También comprendo que puedo retirar mi consentimiento al procesamiento de mi Información de salud para los fines arriba indicados y revocar este Formulario en cualquier momento llamando al 1-866-997-3688, enviando un correo electrónico a [customercare@jazzpharma.com](mailto:customercare@jazzpharma.com) o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589. Si lo hago, ya no seré elegible para participar en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Entiendo que si revoco este Formulario, la revocación no afectará a los usos y divulgaciones de mi información de salud que ya se hayan producido en virtud de este Formulario.

## **Más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceutical**

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