

Por este medio, autorizo y exhorto a mi(s) prescriptor(es) y a su personal, así como a mi(s) aseguradora(s) médica(s) y a la farmacia especializada que despachará mi receta (la "Farmacia"), a transmitir los siguientes datos ("Datos Personales") a Jazz Pharmaceuticals (incluidas sus filiales y proveedores que colaboran en la prestación de los servicios; colectivamente "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para los fines de cualquier programa de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz, entre ellos el programa JazzCares<sup>®</sup>:

- Datos relativos a mi tratamiento con productos de Jazz Pharmaceuticals, incluidos los diagnósticos y recetas de interés; y
- Datos relativos a las coberturas de mi seguro médico, incluidos los deducibles y los gastos que debo pagar directamente.

Sé que Jazz Pharmaceuticals usará y transmitirá (y autorizo que lo haga) a terceros los Datos Personales que reciba a raíz de este formulario con los fines que se indican a continuación:

(i) gestionar y administrar el programa JazzCares e inscribirme o mantenerme en él o en cualquier otro servicio de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz en relación con mi problema médico o tratamiento; (ii) comprobar, investigar, coordinar y resolver coberturas de seguros y trámites de reembolso y pago de productos de Jazz Pharmaceuticals; (iii) coordinar la recepción y pago por mi parte de productos de Jazz Pharmaceuticals; (iv) comunicarse conmigo en relación con cualquier programa de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz, como el programa JazzCares (por ejemplo, envío de materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi tratamiento o mi problema médico, así como invitaciones a participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas); (v) comunicarse con organizaciones de pacientes y con programas de ayuda a pacientes, de ayuda para copagos o similares y darles mis Datos Personales con vistas a determinar si soy elegible para la cobertura y la inscripción en el programa; (vi) desidentificar mis Datos Personales agregándolos a otros con fines de investigación; (vii) gestionar programas de apoyo a pacientes o actividades auspiciados por Jazz, como el programa JazzCares, y efectuar las tareas administrativas que apoyan a dichos programas y servicios.

Sé y autorizo que, mediante los datos de contacto que se le hayan dado, Jazz Pharmaceuticals se comunicará conmigo por diversos medios (correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o mensajes de texto/SMS) a fin de gestionar y administrar cualquier servicio de apoyo a pacientes auspiciado por Jazz (por ejemplo, el programa JazzCares) y para inscribirme en dicho servicio, a menos que rechace estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals a través de los datos de contacto que figuran más adelante. Sé que la gestión y administración de algunos de esos servicios y programas podría exigir que Jazz se comunique conmigo por teléfono o mensajes de texto/SMS.

Sé que Jazz Pharmaceuticals podría comunicar a mi(s) prescriptor(es) y su personal, a mi(s) aseguradora(s) médica(s) o a la Farmacia cualquier Dato Personal mío que Jazz Pharmaceuticals cree o reciba. Sé que mi(s) aseguradora(s) médica(s) y terceros podrían recibir una remuneración (pago) a cambio de transmitir mis Datos Personales a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares, sus filiales y proveedores que colaboran en la prestación de los servicios) y/o por brindarme los servicios de apoyo con los fines antes descritos.

Sé que una vez que mis Datos Personales se hayan transmitido a Jazz Pharmaceuticals podrían perder el amparo de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA). No obstante, Jazz Pharmaceuticals no transmitirá mis Datos Personales a terceros que no tengan relación con los programas de apoyo a pacientes (por ejemplo, familiares o amigos) salvo que yo autorice específicamente a Jazz para hacerlo. Si solicito que mis Datos Personales se transmitan a una persona o entidad ajena a Jazz Pharmaceuticals, sé que el receptor podría no estar obligado a cumplir la HIPAA u otras leyes sobre privacidad y podría transmitir a terceros los Datos Personales.

Sé que puedo negarme a firmar este formulario y que esa negativa no afectará el tratamiento que me brindan mi(s) prescriptor(es), su personal, mi(s) aseguradora(s) médica(s) y la Farmacia, ni afectará mi inscripción en seguros médicos o mi elegibilidad para recibir beneficios del seguro médico a los que tenga derecho. También sé que en el futuro podré revocar este formulario en cualquier momento, pero que con ello podría perder la elegibilidad para participar en programas de apoyo a pacientes y actividades auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Sé que si revoco este formulario, la revocación no afectará el uso o la transmisión de mis Datos Personales que ya se hayan producido con base en este formulario. Este formulario mantendrá su validez mientras yo siga inscrito en programas de apoyo a pacientes y actividades auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares, salvo que la legislación estatal exija un plazo menor. También puedo revocarlo anticipadamente llamando al 1-866-997-3688 o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589. Sé que el programa podría modificarse o cancelarse en cualquier momento y sin previo aviso. Sé que puedo pedir una copia de este formulario que queda archivado en Jazz.

En <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/> se puede consultar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals. Si usted reside en California, en el sitio web <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/supplemental-notice-for-california-consumers/> encontrará también una descripción de los Datos Personales que recopila Jazz Pharmaceuticals y de los derechos que usted tiene según la Ley Californiana sobre Privacidad de los Consumidores (*California Consumer Privacy Act*). Confirmando que la información brindada es veraz y correcta. Si soy el cuidador del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

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

Firma del paciente o tutor, si corresponde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del prescriptor: \_\_\_\_\_ Contacto del consultorio: \_\_\_\_\_

**JazzCares<sup>®</sup> | Teléfono: 1-833-426-4243 | Fax: 1-855-518-7566 | Correo electrónico: [epidiolex@jazzcares.com](mailto:epidiolex@jazzcares.com)**

Esta carta se envía en el marco de los servicios del equipo de JazzCares<sup>®</sup> y es únicamente para el destinatario que se indica. Contiene información confidencial. Si desea hacer alguna consulta referente a esta carta, use los datos de contacto indicados arriba.

Si recibió esta carta por error, sírvase eliminarla de inmediato previa notificación al remitente.

Si desea más información, consulte EPIDIOLEX.com (pacientes) o EPIDIOLEXhcp.com (profesionales de la salud estadounidenses).