

Formulario de autorización del paciente

Medicamento de AstraZeneca: _____

Información para el paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a mis proveedores de atención médica (health care providers, HCP) y el personal, a mi plan de salud y a mis farmacias a utilizar y compartir mi información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca (incluido AstraZeneca Access 360) y sus filiales y contratistas ("AstraZeneca"). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, Información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica, características demográficas, Información de contacto y cualquier otra Información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar con mis HCP el tratamiento y las decisiones de pago; investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca; realizar un seguimiento del cumplimiento de la receta y asistencia financiera; coordinar el apoyo educativo del personal de enfermería; y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo y acuerdo que AstraZeneca puede contactarse conmigo por correo, correo electrónico, teléfono y mensaje de texto. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir el apoyo de AstraZeneca Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access 360 en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación. Esta Autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

¿Quién es usted? Soy un paciente Soy un representante legalmente autorizado Relación con el paciente: _____

Preferencia de vía de comunicación: Correo electrónico Mensaje de texto Ambos

Nombre del paciente o del representante legalmente autorizado, en letra de imprenta

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

FIRME AQUÍ _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Inscripción opcional para recibir información adicional sobre mi afección

Al otorgar consentimiento, comprendo que es posible que reciba información y apoyo continuos en relación con mi afección que incluye, entre otros, proporcionarme materiales promocionales y educativos, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección médica o terapia, así como para fines de investigación de mercado, lo que incluye comunicarse conmigo para participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comuniquen conmigo por correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a los programas de apoyo de AstraZeneca que puedan interesarme. Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto no publicitarios y publicitarios de parte de AstraZeneca, o en nombre de esta, realizados con un teléfono de marcación automática o una voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos. Mi Información también puede usarse para realizar análisis internos en AstraZeneca. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni es una condición de compra. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access 360 en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la consulta con su proveedor de atención médica acerca de su tratamiento o afección. AstraZeneca no recolecta, utiliza ni divulga intencionalmente información personal de personas menores de 18 años. Si tienes menos de 18 años, pide a tus padres, a tu tutor o a tu profesional de atención médica que solicite la información en tu nombre. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

Sí, deseo recibir información adicional

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al 1-844-329-2360. Tal vez deba proporcionar información adicional, de acuerdo con el tipo de apoyo solicitado.

 **1-844-ASK-A360** (1-844-275-2360)

 **1-844-FAX-A360** (1-844-329-2360)

 **www.MyAccess360.com**

 **Access360@AstraZeneca.com**

 **One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878**