

Programa de Apoyo al Paciente de Janssen

Formulario de Autorización del Paciente

Los pacientes deben **(1)** leer la Autorización del Paciente, **(2)** marcar las casillas de permiso deseadas y **(3)** devolver el Formulario al Programa de Apoyo al Paciente de Janssen.

Opciones para completar y devolver el formulario:

- A. Descargue una copia, imprímala, marque las casillas deseadas y firme. El formulario completado puede enviarse por fax al 866-279-0669 o por correo electrónico a Janssen CarePath, PO Box 826, South San Francisco, CA 94083.
- B. Los pacientes también pueden leer, firmar y enviar una versión digital de este formulario en PAHconsent.com.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Doy permiso para que cada uno de mis “proveedores de atención médica” (p. ej., mis médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros proveedores de atención médica y su personal) y “aseguradoras” (p. ej., mis planes de seguro médico) compartan mi información médica protegida.

Mi “información médica protegida” incluye, entre otras, la siguiente información relacionada con mi afección médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro médico.

Se autoriza a las siguientes persona(s) o clase de persona(s) a recibir y utilizar mi información médica protegida (colectivamente “Janssen”):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes
- Los proveedores de otras fuentes de financiación incluyen fundaciones y proveedores de asistencia de copago
- Proveedores de servicios que apoyan o analizan datos de los programas de apoyo al paciente de Janssen

Concretamente, doy permiso a Janssen para que reciba, use y comparta mi información médica protegida con el fin de:

- ver si cumplo los requisitos, suscribirme y comunicarme conmigo acerca de los programas de apoyo al paciente de Janssen
- gestionar los programas de apoyo al paciente de Janssen
- proporcionarme materiales educativos y de cumplimiento, información y recursos relacionados con mi medicamento de Janssen en relación con los programas de apoyo al paciente de Janssen

Programa de Apoyo al Paciente de Janssen

Formulario de Autorización del Paciente

- comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con el acceso, el reembolso y el cumplimiento de mi medicamento de Janssen, y para confirmar a mi proveedor de atención médica que los programas de apoyo al paciente de Janssen han proporcionado apoyo
- verificar, ayudar y coordinar mi cobertura de mi medicamento de Janssen con mis aseguradoras y proveedores de atención médica
- coordinar la receta o la ubicación del tratamiento y las citas asociadas
- realizar análisis para ayudar a Janssen a evaluar, crear y mejorar sus productos, servicios y atención al cliente para los pacientes a los que se han prescrito medicamentos de Janssen
- compartir y proporcionar acceso a la información creada por los programas de apoyo al paciente de Janssen que puedan ser útiles para mi atención

Entiendo que Janssen podrá compartir mi información médica protegida para los usos escritos en este formulario con:

- mis aseguradoras
- mis proveedores de atención médica
- cualquiera de las personas con permiso para recibir y utilizar mi información médica protegida como se ha mencionado anteriormente
- cualquier persona a la que doy permiso como contacto adicional

Entiendo que Janssen no utilizará ni compartirá mi Información Médica Protegida para ningún otro uso sin mi permiso. Janssen puede compartir información sobre mí cuando la ley lo permita o si se elimina cualquier información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo posible para mantener la privacidad de mi información. Además, entiendo que si mi información se comparte accidentalmente, las leyes federales de privacidad no requieren que la persona/parte que la recibe no la comparta más y que dicha información proporcionada a un tercero puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que es posible que mi farmacia reciba una compensación relacionada con la divulgación de mi información a Janssen según lo permitido en esta Autorización.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato de mis proveedores de atención médica o aseguradoras para conmigo. Si no firmo este formulario, o no cancelo ni retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los programas de apoyo al paciente de Janssen.

Este formulario permanecerá en vigor 10 años a partir de la fecha de la firma, excepto cuando la legislación estatal requiera un tiempo más corto o hasta que deje de participar en cualquier programa de apoyo al paciente de Janssen. La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines establecidos en este formulario.

Programa de Apoyo al Paciente de Janssen

Formulario de Autorización del Paciente

Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga este formulario en cualquier momento comunicándoselo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, PO Box 826, South San Francisco, CA 94083

También puedo cancelar mi permiso informando por escrito a mis proveedores de atención médica y aseguradoras de que no quiero que compartan ninguna información con Janssen.

Entiendo además que si cancelo mi permiso, no afectará la forma en que Janssen utiliza y comparte mi información médica protegida recibida por Janssen antes de mi cancelación.

Comprendo que podré solicitar una copia de este formulario.

Permiso para comunicaciones fuera de los programas de apoyo al paciente de Janssen:

- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con mi medicamento de Janssen.
- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de Janssen.

Para obtener información sobre los derechos de privacidad y las opciones específicas de los residentes de California, consulte el aviso de privacidad de Janssen disponible en <https://www.janssen.com/us/privacy-policy#california>

Permiso para comunicaciones por mensaje de texto:

- Sí, me gustaría recibir mensajes de texto. Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto, según lo permitido por este formulario, al número de teléfono móvil que aparece a continuación. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los programas de apoyo al paciente de Janssen ni para recibir ninguna otra comunicación que haya seleccionado.

Número de teléfono móvil: _____

Firma del paciente aquí: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar abajo:

Por: _____ **Nombre en imprenta:** _____ **Fecha:** _____

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

Describa la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas para el paciente: