

**Paciente:** Llénelo por internet en [jazzcares.com](http://jazzcares.com) **O** imprímalo, llénelo, tómele una foto y envíela a [support@jazzcaresforepidiolex.com](mailto:support@jazzcaresforepidiolex.com)

1

## Información del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Nombre(s) completo(s) del/de los tutor(es) legal(es): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_  Celular  Domicilio/Otro  Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono secundario \_\_\_\_\_  Celular  Domicilio/Otro

Nombre del prescriptor \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

N.º NPI \_\_\_\_\_ Teléfono del prescriptor \_\_\_\_\_

2

## Recursos para el paciente y otra información (opcional)

**Llenar y firmar este formulario permitirá que un coordinador de atención de JazzCares<sup>®</sup> se comunice con usted.** Los coordinadores de atención de JazzCares<sup>®</sup> los ayudan a usted y a su ser querido a establecer metas personalizadas y respetar el tratamiento, y se comunican con ustedes para mantener la motivación, evaluar los avances y atender las dificultades prácticas. Estos recursos y apoyo que se ofrecen son opcionales y gratuitos, y usted no está obligado/a a inscribirse en este programa para recibir ayuda con su cobertura del seguro ni para conocer las opciones de ayuda económica existentes.

- Consentimiento para recibir por correo electrónico comunicaciones de Jazz Pharmaceuticals sobre programas educativos, productos y servicios.** Al marcar este recuadro, confirmo tener 18 años o más y ser residente en los Estados Unidos. Asimismo expreso mi deseo de recibir de Jazz Pharmaceuticals información sobre programas educativos, productos y servicios y doy mi consentimiento para que Jazz Pharmaceuticals, sus filiales y sus proveedores de servicios recopilen, procesen y transmitan a terceros mis datos médicos con fines de actividades mercadológicas y para comunicarse conmigo en relación con productos y servicios que puedan interesarme. Estoy consciente de que Jazz Pharmaceuticals no venderá mis datos médicos a terceros. Haciendo clic en el enlace "unsubscribe (cancelar la suscripción)" que figura de los correos electrónicos enviados por Jazz Pharmaceuticals podré cancelar mi suscripción en todo momento y dejar de recibir comunicaciones de Jazz Pharmaceuticals. Mediante uno de los métodos enumerados en la política de privacidad de los datos médicos de consumidores estadounidenses (<https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/us-consumer-health-data-privacy-policies>), puedo retirar en todo momento el consentimiento para la recopilación, la utilización y la transmisión a terceros de mis datos médicos con fines mercadológicos.
- Consentimiento de la Ley de Protección a los Usuarios del Teléfono (Telephone Consumer Protection Act, TCPA).** Al marcar este recuadro, doy mi consentimiento para que Jazz use los números de teléfono indicados para llamarme y enviarme mensajes de texto con fines publicitarios relativos a productos y servicios de Jazz y/o a mi problema médico o tratamiento. Jazz podrá usar máquinas de marcado automático o mensajes artificiales o pregrabados para comunicarse conmigo, y podrá dejarme mensajes en la contestadora o enviarlos por SMS/mensaje de texto (podrían ser aplicables las tarifas estándares de recepción de mensajes de texto). Respondiendo STOP podré cancelar el envío de mensajes de texto (SMS).

3

## Datos económicos (llénelos solo si se solicita el programa de ayuda al paciente. Importante: El formulario de inicio de JazzCares<sup>®</sup> lo debe firmar y enviar un proveedor de atención médica.)

- Al marcar este recuadro y firmar este apartado, acepto las condiciones del programa JazzCares<sup>®</sup> de ayuda al paciente.**

Ingresos totales del hogar \_\_\_\_\_

Cantidad de personas que integran el hogar (incluido el solicitante) \_\_\_\_\_

Los datos de esta solicitud se usarán para que una empresa externa de servicios financieros efectúe una investigación de verificación de ingresos.

### Condiciones del programa de ayuda al paciente

Comprendo que, para cumplir los requisitos de acceso gratuito al medicamento que impone este programa, es imprescindible que cumpla los criterios de elegibilidad del programa, incluida la verificación de ingresos. Certifico que todos los datos de esta solicitud o que yo tengo que aportar en relación con esta solicitud (incluidas todas las copias de mis comprobantes de ingresos y de gastos médicos) son a mi leal saber y entender verdaderos y fidedignos. Confirmando que estoy autorizado/a a firmar esta solicitud. Confirmando que no tengo seguro de medicamentos de venta con receta para el medicamento indicado (o que mi seguro de Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados es insuficiente) y que carezco de medios económicos suficientes para pagar el tratamiento que me recetaron. Asimismo me comunicaré con JazzCares<sup>®</sup> en caso de que cambie cualquier información mía relativa a mi seguro o cobertura de los medicamentos de venta con receta. Estoy consciente de que el medicamento que recibiré en el programa de ayuda al paciente no contará para mis gastos de bolsillo (*out of pocket costs*) según la definición que figura en la Ley de Modernización de Medicare (*Medicare Modernization Act*). Estoy consciente de que el medicamento que recibiré del programa de apoyo al paciente me lo despachará una farmacia especializada y se me entregará sin que yo ni nadie tengamos que pagar nada, y por lo tanto acepto que no presentaré a terceros (incluido mi plan de la Parte D de Medicare) ningún reclamo por el medicamento que recibiré del programa de ayuda al paciente.

Firme

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/tutor legal Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
 Nombre (en letra de molde) Apellido (en letra de molde) Relación con el paciente

4

## Firma de autorización del paciente (paciente/tutor legal/representante para atención médica)

**Al firmar este formulario,** confirmo que la información aportada es veraz y correcta y que leí, entendí y acepté las condiciones indicadas en el formulario de autorización de la transmisión de datos del paciente que está en la página 4. Doy mi consentimiento para la obtención, el procesamiento y la transmisión de mis datos médicos para los fines descritos en el formulario de autorización de la transmisión de datos del paciente. Estoy consciente de que participar en las actividades y los programas de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares<sup>®</sup>, es voluntario y que las comunicaciones comerciales, si di mi consentimiento para recibir las, son servicios opcionales. Los consentimientos expresados anteriormente no afectan en modo alguno mi derecho a conseguir ningún medicamento y el paciente no está obligado a dar su consentimiento para poder recibir ningún medicamento. Si soy el tutor legal del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

**Si soy un representante del proveedor de atención médica que firma en nombre del paciente, con mi firma al calce** confirmo que le di al paciente o tutor legal toda la información pertinente y que dicha persona indicó con claridad haber comprendido y autorizado el uso y la divulgación de sus datos personales (incluidos los datos médicos) conforme a lo expresado en el formulario de autorización de la divulgación de datos del paciente que figura en la página 4, y que está conforme con todos los consentimientos aplicables ya citados.

Firme

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/tutor legal/proveedor de atención médica Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
 Nombre (en letra de molde) Apellido (en letra de molde) Relación con el paciente

**No hay que hacer nada.** Antes de firmar la autorización del paciente de la página anterior, revise los datos importantes que figuran a continuación.

## Autorización de la transmisión de datos del paciente

### I. Uso y divulgación de datos médicos

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 mi nombre (y el nombre de mi cuidador, si corresponde), mi género, mi fecha de nacimiento, mis datos de contacto y los datos que se indican a continuación (en conjunto, los "Datos Médicos") a Jazz Pharmaceuticals (incluidas sus filiales y proveedores de servicios que actúen como procesadores de datos; colectivamente "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para los fines de cualquier actividad o programa de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, entre ellos el programa JazzCares®:

- 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 de bolsillo.

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

- ejecutar y administrar (incluida mi inscripción y el mantenimiento de mi participación) el programa JazzCares® o cualquier otra actividad o servicio de apoyo a pacientes asociado con Jazz relacionado con mi enfermedad o tratamiento;
- verificar, indagar, coordinar y resolver consultas sobre coberturas de seguro o reembolsos y pagos por productos de Jazz Pharmaceuticals;
- coordinar mi recepción de productos de Jazz Pharmaceuticals y mi pago por ellos;
- comunicarse conmigo acerca de cualquier programa y actividad de apoyo al paciente auspiciado por Jazz, incluido el programa JazzCares® (lo cual podría incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi tratamiento o mi problema médico u oportunidades de participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas);
- comunicarse con organizaciones de pacientes o con programas de apoyo a pacientes o de ayuda para los copagos o programas semejantes y darles mis Datos Médicos con vistas a determinar si cumplo los requisitos de inscripción y cobertura;
- desidentificar mis Datos Médicos agregándolos para fines de investigación;
- gestionar los programas y actividades de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®, y los propósitos administrativos que sostienen dichos servicios y programas.

Sé que Jazz Pharmaceuticals no venderá a terceros mis Datos Médicos, pero sí podría transmitirlos a sus filiales y proveedores de servicios con los fines descritos en este formulario. También estoy consciente de que, si no doy mi consentimiento para el uso de mis Datos Médicos con los fines antes mencionados, no podré participar en programas y actividades de apoyo al paciente auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares®.

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 Médico mío que Jazz Pharmaceuticals cree o reciba. Sé que mi(s) aseguradora(s) médica(s), la Farmacia y terceros proveedores podrían recibir una remuneración (pago) a cambio de transmitir mis Datos Médicos a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares®, sus filiales y proveedores de servicios que actúen como procesadores de datos) y/o por brindarme los servicios de apoyo con los fines antes descritos.

Sé que una vez que mis Datos Médicos 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 Médicos 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 Médicos 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 Médicos.

### II. Ausencia de repercusiones sobre el tratamiento

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.

### III. Vencimiento, derecho a obtener copias y derecho de revocación

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.

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. Sé también que puedo retirar mi consentimiento al procesamiento de mis Datos Médicos para los fines antes citados y revocar este formulario en todo momento llamando al 1-866-997-3688 o enviando mi petición a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589. Si lo hago, dejaré de cumplir los requisitos para participar en programas y actividades de apoyo al paciente 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 Médicos que ya se hayan producido con base en este formulario.

### IV. Más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals

En <https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/jazz-pharmaceuticals-privacy-center> puede consultar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals. Si usted reside en California, en el sitio web <https://privacy.jazzpharma.com/united-states/en/jazz-pharmaceuticals-privacy-policy-supplemental-notice-for-california-consumers> encontrará también una descripción de los Datos Médicos que recopila Jazz Pharmaceuticals y de los derechos que usted tiene según la Ley Californiana sobre Privacidad de los Consumidores (*California Consumer Privacy Act*).

