

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica



Envíe por fax este formulario ya completado a ArdelyxAssist™ al 1-877-594-4906.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección		
Teléfono	Correo electrónico	Género

ArdelyxAssist es un programa de apoyo al paciente patrocinado por Ardelyx, Inc., el fabricante de XPHOZAH® (tenapanor), que presta servicios de apoyo al paciente con el fin de ayudar a los pacientes aptos a acceder a XPHOZAH y obtener información relacionada con las prescripciones de XPHOZAH para los pacientes. A través de ArdelyxAssist, también brindamos apoyo en ciertas tareas administrativas continuas, según se describe a continuación. Doy permiso para que mis proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas (los "Proveedores de atención médica"), así como las aseguradoras de salud y sus contratistas (las "Aseguradoras"), divulguen mi información médica, incluida la información sobre mis beneficios, prescripciones y mi afección médica, al igual que la historia clínica (la "Información personal") a Ardelyx, Inc., sus filiales, proveedores, socios comerciales y agentes (en su conjunto, "Ardelyx") para los siguientes fines:

- Facilitar mi acceso a XPHOZAH ayudando a verificar la cobertura del seguro, apoyar las actividades relacionadas con el reembolso y coordinar mi recepción y pago de XPHOZAH
- Brindar acceso a la asistencia con copago y productos gratuitos, si califican
- Proporcionarme apoyo para la renovación de recetas

Entiendo que una vez que se divulgue mi Información personal, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. ArdelyxAssist puede utilizar mi información para gestionar el programa ArdelyxAssist, que puede incluir la realización de garantías de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con el programa de apoyo y las ofertas de servicios relacionadas. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También puedo revocar (cancelar) u obtener una copia de esta autorización en cualquier momento llamando al 1-877-527-3927, enviando un correo electrónico a assist@ardelyxassist.com, o escribiendo a [ArdelyxAssist, Care of Occam Health Services, 45610 Woodland Road, Ste 320, Sterling, VA 20166]. También entiendo que, si un Proveedor de atención médica o una Aseguradora divulgan mi Información personal a Ardelyx de forma permanente y autorizada, mi cancelación con Ardelyx se hará efectiva con respecto a dicho Proveedor de atención médica o Aseguradora tan pronto como reciban mi aviso de cancelación.

Mi rechazo o revocación en el futuro no afectarán mi tratamiento médico ni los beneficios del seguro; sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que ya no pueda participar en el programa de apoyo ArdelyxAssist y los programas relacionados. Si revoco esta autorización, Ardelyx dejará de usar o compartir mi Información personal (excepto según sea necesario para poner fin a mi participación en el programa), pero mi revocación no afectará los usos y divulgaciones de la Información personal previamente divulgada en función de esta autorización. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante 5 años después de la fecha en que la firme, a menos que la revoque antes o cuando lo exija la ley. También entiendo que el programa de apoyo de XPHOZAH puede cambiar o finalizar en cualquier momento, sin notificación previa.

Si busco o cumplo los requisitos para recibir asistencia financiera en el Programa de asistencia al paciente, Ardelyx tiene mi permiso para obtener informes de crédito sobre mí de agencias de informes de crédito con el fin de estimar mis ingresos y determinar si soy apto para recibir ayuda financiera a través del programa. Independientemente de si se obtiene un informe de crédito, Ardelyx tiene derecho a solicitar una prueba de ingresos por escrito (es decir, el Formulario 1040, W-2 u otros documentos) en relación con una determinación de calificación financiera, tanto antes de su aceptación en el Programa de asistencia al paciente de Ardelyx como durante mi inscripción en el programa. Entiendo que mi puntuación crediticia no se verá afectada, y que puedo optar por excluirme en cualquier momento poniéndome en contacto con el programa ArdelyxAssist.

Consentimiento de la Ley de Protección del Consumidor por Teléfono (Telephone Consumer Protection Act, TCPA)

Acepto que Ardelyx se ponga en contacto conmigo por correo, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y direcciones que se proporcionan en este formulario para todos los fines descritos en esta Autorización del paciente. También acepto que Ardelyx y otras personas en su nombre se pongan en contacto conmigo mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados por o mediante un sistema de marcación telefónica automática o de voz pregrabada a los números proporcionados en este formulario, incluidos, entre otros, el envío de materiales y la solicitud de mi participación en encuestas. Confirmando que soy el titular abonado de los números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado para las direcciones de correo electrónico proporcionadas, y acepto notificar a Ardelyx de inmediato si alguno de mis números o direcciones cambian en el futuro. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede aplicar tarifas por uso de mensajes y datos. Entiendo que Ardelyx no permite que sus socios comerciales utilicen mi Información personal para sus propios fines de marketing por separado. Entiendo y acepto que no puede protegerse la Información personal transmitida por correo electrónico y teléfono móvil del acceso no autorizado.

Suscripción para recibir comunicaciones de marketing (opcional)

- Doy mi permiso para que Ardelyx me proporcione información sobre los productos de Ardelyx, programas de concienciación y gestión de enfermedades y materiales promocionales relacionados con mi afección o tratamiento.

Al firmar a continuación, certifico que soy el paciente o su representante legal, y que he leído y acepto la autorización del paciente anterior.

Firma del paciente o representante autorizado del paciente

Fecha

En caso de tratarse de un representante autorizado del paciente, escriba en letra de imprenta el nombre/la relación con el paciente

Nombre del paciente o representante autorizado del paciente (en letra de imprenta)

