

Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica



Envíe este formulario completo a ArdelyxAssist™ por fax al 1-877-594-4906 o por correo electrónico a assist@ardelyxassist.com

Nombre del paciente	Apellido del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección del paciente		
Teléfono del paciente	Correo electrónico del paciente	Sexo del paciente

ArdelyxAssist es un programa de apoyo al paciente patrocinado por Ardelyx, Inc. fabricante de XPHOZAH® (tenapanor), que ofrece servicios de apoyo al paciente con el fin de ayudar a los pacientes elegibles a acceder a XPHOZAH y obtener información relacionada con las recetas de XPHOZAH de los pacientes. A través de ArdelyxAssist, también brindamos apoyo con ciertas tareas administrativas en curso, como se describe a continuación.

Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas ("Proveedores de atención médica"), y a las aseguradoras de salud y sus contratistas ("Seguro"), a divulgar mi información de salud, incluida la información sobre mis beneficios de seguro de salud, recetas, y mi afección médica y antecedentes ("Información personal de salud") a Ardelyx, Inc., sus afiliadas, proveedores, socios comerciales y agentes (colectivamente "Ardelyx") para los siguientes fines:

- Facilitar mi acceso a XPHOZAH ayudándome a verificar la cobertura del seguro, apoyar las actividades relacionadas con el reembolso y coordinar mi recepción y pago de XPHOZAH.
- Facilitar el acceso a asistencia para el copago y a productos gratuitos, si es elegible.
- Proporcionarme ayuda para la renovación de recetas.
- Transmitir mi receta por vía electrónica, por fax, verbalmente o por correo a una farmacia designada por el programa para la dispensación de la medicación aquí solicitada.

También doy mi permiso a Ardelyx, Inc., sus afiliadas, proveedores, socios comerciales y agentes (colectivamente "Ardelyx") para:

- Comunicarse conmigo para obtener comentarios sobre los productos Ardelyx y los estados de enfermedad relacionados con mi afección o tratamiento. Entiendo que mi participación en cualquiera de dichos programas o encuestas es opcional, y que puedo optar por no participar en cualquiera de dichos programas o encuestas.
- Proporcionarme información sobre productos Ardelyx, programas de educación y concienciación y gestión de enfermedades, y material promocional relacionado con mi afección o tratamiento, tal y como se describe en la política de privacidad de Ardelyx, <https://ardelyx.com/privacy-policy/>
- Al marcar esta casilla, elijo no proporcionar comentarios ni recibir información sobre los productos de Ardelyx, etc.

Comprendo que, una vez divulgada mi Información personal de salud, es posible que deje de estar protegida por las leyes federales o estatales sobre privacidad. ArdelyxAssist puede utilizar mi información para gestionar el programa ArdelyxAssist, lo que puede incluir la realización de controles de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con el programa de asistencia y las ofertas de servicios relacionados. Comprendo 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 aseguradora está revelando mi Información personal de salud a Ardelyx de forma autorizada y continua, mi cancelación con Ardelyx será efectiva con respecto a dicho proveedor de servicios médicos o aseguradora tan pronto como reciban la notificación de mi cancelación.

Si solicito o soy elegible para recibir asistencia financiera en el Programa de Asistencia al Paciente, proporciono instrucciones por escrito al Programa en virtud de la Ley de Informes Crediticios Justos de que Ardelyx tiene mi permiso para obtener informes crediticios sobre mí de agencias de informes crediticios para estimar mis ingresos para la determinación de mi elegibilidad para recibir asistencia financiera a través del programa. Independientemente de que se obtenga o no un informe crediticio, Ardelyx tiene derecho a exigir una prueba escrita de ingresos (es decir, el formulario 1040, W-2 u otros documentos) en relación con la determinación de la elegibilidad financiera, tanto antes de la aceptación en el Programa Ardelyx de Asistencia al Paciente como durante mi inscripción en el programa. Entiendo que mi puntaje crediticio no se verá afectado y que puedo retirarme en cualquier momento comunicándome con el programa ArdelyxAssist.

Mi denegación o futura revocación no afectará a mi tratamiento médico ni a los beneficios de mi seguro; sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que ya no pueda participar en el programa de apoyo ArdelyxAssist y programas relacionados. Si revoco esta autorización, Ardelyx dejará de utilizar o compartir mi Información personal de salud (excepto en la medida en que sea necesario para poner fin a mi participación en el programa), pero mi revocación no afectará a los usos y divulgaciones de Información personal de salud previamente divulgada en virtud de esta autorización. Comprendo que esta autorización permanecerá válida durante 5 años después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes o cuando lo exija la ley. También comprendo que el programa de apoyo XPHOZAH puede cambiar o finalizar en cualquier momento sin notificación previa.

Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico a assist@ardelyxassist.com.

Consentimiento para la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (TCPA)

Acepto que Ardelyx se ponga en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y direcciones facilitados en este formulario para todos los fines descritos en esta Autorización del paciente. También acepto que Ardelyx y otros se pongan en contacto conmigo en su nombre mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados por o utilizando un sistema de marcación telefónica automática o voz pregrabada, en el número o números facilitados en este formulario, incluyendo, entre otros, el envío de materiales y la solicitud de mi participación en encuestas.

Confirmando que soy el titular del (de los) número(s) de teléfono facilitado(s) y el usuario autorizado de la (las) dirección (direcciones) de correo electrónico facilitada(s), y me comprometo a notificar inmediatamente a Ardelyx si alguno de mis número(s) o dirección (direcciones) cambia en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas por mensajes y datos de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que Ardelyx no permite que sus socios comerciales usen mi Información personal de salud para sus propios fines de comercialización por separado. Comprendo y acepto que la Información personal de salud transmitida por correo electrónico y teléfono celular no puede protegerse contra el acceso no autorizado.

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

Firma del paciente o del representante autorizado del paciente

Fecha

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

Si se trata de un representante autorizado del paciente, escriba el nombre/la relación con el paciente en letra de imprenta. Solo pueden aplicarse representantes autorizados con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente.

