



833-NSSUPRT (833-677-8778)

Formulario de consentimiento del paciente de NS Support

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A NS SUPPORT A TRAVÉS DE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:



CARGA EN LÍNEA:

<https://nssupport.iassist.com/upload>

NOTA: El sitio web solo está disponible en inglés.



CORREO ELECTRÓNICO:

nssupport@nspharma.com



FAX:

888-212-0482



CORREO POSTAL:

PO Box 7613, Overland Park, KS 66207

Este formulario lo deben completar los pacientes. Incluya información completa y las firmas para evitar demoras en el proceso.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (O DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NAC. _____

Autorización para compartir y usar información médica protegida

Mi firma (o la de mi representante legal autorizado) a continuación autoriza a cada uno de mis médicos y farmacéuticos (incluidos las farmacias especializadas y otros proveedores de atención médica) y a cada una de mis aseguradoras médicas a usar y divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), que incluye, entre otros, registros médicos, información relacionada con mi estado de salud y tratamiento, información financiera, valores de laboratorio, información sobre la cobertura de seguro y mi nombre, dirección y número de teléfono, a NS Pharma, Inc. ("NS Pharma") y a su equipo de apoyo al paciente, agentes, contratistas y cesionarios de NS Pharma (la "Compañía") para los siguientes fines: (i) inscribirme en los servicios de apoyo al paciente de NS Pharma ("NS Support"); (ii) comunicarse conmigo (o con mi representante legal autorizado) por motivos relacionados con NS Support y brindarme servicios de administración de casos (o brindárselos a mi representante legal autorizado); (iii) enviarme (o enviarle a mi representante legal autorizado) información y comunicaciones educativas; (iv) ayudarme a cumplir con mi régimen de medicación; (v) colaborar con terceros para ofrecer recursos comunitarios y remisiones; y (vi) enviarme comunicaciones promocionales y educativas, tal y como se explica con más detalle en la sección "Consentimiento para comunicaciones" a continuación. Yo (o mi representante legal autorizado) autorizo además a la Compañía a usar mi información para la gestión de casos por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas, mensajes de voz detallados, grabaciones de voz interactivas (que pueden incluir el uso de sistemas de marcación automática o mensajes de voz artificiales o pregrabados) y mensajes de texto SMS (pueden aplicarse tarifas de datos) para ayudarme a cumplir con mi régimen de medicación y a trabajar con terceros para proporcionarme recursos comunitarios y remisiones a servicios. Entiendo que puedo optar por no recibir comunicaciones, incluidos los mensajes de texto SMS, en cualquier momento (o que mi representante legal autorizado puede hacerlo). Los proveedores tercerizados, como farmacias especializadas, pueden recibir una remuneración económica a cambio de datos, servicios de asistencia sobre productos, servicios de reembolso, etc. Este consentimiento vence 5 años después de la fecha de firma, a menos que la ley estatal requiera un período más corto. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que puedo negarme a firmar este consentimiento (o que mi representante legal autorizado puede hacerlo) y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios, incluido mi acceso a la terapia, no están condicionados por la firma de este consentimiento. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que la divulgación de mi PHI a NS Pharma significa que mi información puede ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad, pero que NS Pharma la protegerá de acuerdo con su [Aviso de privacidad](#) (nspharma.com/privacy-notice).

Revocación de esta autorización

Una copia de este consentimiento tiene la misma validez que la original. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que revocar este consentimiento no afectará la posibilidad de usar y divulgar la PHI obtenida antes de recibir la notificación sobre mi deseo (o el de mi representante legal autorizado) de interrumpir mi participación en el programa. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento de manera verbal (o que mi representante legal autorizado puede hacerlo) llamando al 833-NSSUPRT (833-677-8778) o enviando la revocación por correo postal a NS Support a: PO Box 7613, Overland Park, KS 66207-9941; o por correo electrónico a nssupport@nspharma.com. Mi consentimiento (o el de mi representante legal autorizado) también finalizará si se discontinúa NS Support. Una vez revocado o vencido mi consentimiento, entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que mi PHI futura no se divulgará para ningún otro propósito que no sean los fines establecidos anteriormente, a menos que lo permita la ley. Es posible que la información divulgada de conformidad con este consentimiento o proporcionada a un tercero ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que tengo (o que mi representante legal autorizado tiene) derecho a recibir una copia de este consentimiento o copias de cualquier información médica protegida que mis proveedores de atención médica o aseguradoras le hayan dado a la Compañía.

Consentimiento para comunicaciones

Al firmar a continuación, autorizo (o mi representante legal autorizado autoriza) a NS Pharma a enviarme (o enviarle a mi representante legal autorizado) comunicaciones promocionales o educativas para pacientes relacionadas con mi afección, mi tratamiento o productos o servicios relacionados que puedan ser de mi interés. Doy mi consentimiento (o mi representante legal autorizado lo hace) para que NS Pharma se comunique conmigo (o con mi representante legal autorizado) de forma ocasional para obtener comentarios con el fin de aportar a la investigación de mercado sobre mi tratamiento, afección o experiencia con el producto, con NS Pharma o con NS Support, y para comunicarse conmigo (o con mi representante legal autorizado) sobre otros productos y servicios ofrecidos por NS Pharma, incluidas las comunicaciones promocionales o educativas para pacientes relacionadas con mi tratamiento y afección. Algunos ejemplos de estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, información sobre productos, programas para pacientes, boletines informativos, anuncios, recordatorios de atención médica y consejos. Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento (o que mi representante legal autorizado puede hacerlo) siguiendo las instrucciones que aparecen en ellas.

Permiso para inscribirse en NS Support

NS Support puede ofrecer programas de asistencia específicos para cada producto, de acuerdo con las directrices establecidas por NS Pharma (los "Programas de asistencia de NS"). Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que cada programa específico para un producto tendrá sus propios términos, condiciones y requisitos de elegibilidad y que es posible que, para poder calificar para participar en un programa específico, tanto yo como mi médico debamos presentar información adicional.

Entiendo (o mi representante legal autorizado entiende) que firmar este formulario no garantiza la elegibilidad para ningún programa específico, ya que cada uno de ellos tiene requisitos diferentes. Asimismo, para calificar para ciertos programas específicos para un producto, debo cumplir ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos de elegibilidad, y entiendo que NS Pharma usará esta información para la determinación de mi elegibilidad, aunque se me podrán solicitar pruebas de ingresos u otra documentación en cualquier momento para confirmar la elegibilidad o para auditorías o verificaciones.

TOTAL DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR* _____ (incluidos usted, su cónyuge y cualquier dependiente que viva actualmente con usted)

INGRESO TOTAL ANUAL DEL GRUPO FAMILIAR EN DÓLARES \$* _____ (incluye salarios y sueldos, pagos del Seguro Social, ingresos por planes de jubilación y pensiones, pagos de manutención que reciba e ingresos por intereses y dividendos. Sume todos estos ingresos de todos los miembros del hogar para obtener el ingreso total de su grupo familiar)

*Opcional.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (O DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO) Y CONSENTIMIENTO PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

También puede completar este formulario en línea: nssupport.iassist.com/consent

NOTA: Este sitio web solo está disponible en inglés. Sin embargo, el texto del consentimiento es exactamente el mismo que figura en este formulario.

Si completo este formulario en nombre del paciente como su representante legal autorizado, al firmar y marcar la casilla de relación con el paciente a continuación, certifico que, según mi leal saber y entender, dispongo de la autoridad necesaria para actuar en nombre del paciente.

SI FIRMA UN REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO, INDIQUE SU RELACIÓN CON EL PACIENTE E INDIQUE SU AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

☐ PARIENTE ☐ TUTOR ☐ PODER NOTARIAL (incluido el poder para decisiones de atención médica)

FIRMA _____

FECHA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO _____ ☐ CELULAR ☐ FIJO

El consentimiento tiene una validez de 5 años a partir de la fecha de firma. Los pacientes podrán dar su propio consentimiento una vez que cumplan 18 años.