

# AUTORIZACIÓN Y AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PAN, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)



Teléfono: (866) 688-7674 Fax: (800) 545-0612 [Nutropingps.com](http://Nutropingps.com)

Tratamos de ayudarlo a pagar el producto Genentech. Podemos ayudarlo de diferentes maneras. Ayudamos tanto a las personas que tienen un plan de atención médica como a aquellas que no lo tienen.

Si no tiene un plan de atención médica, o si su plan no pagará por los productos Genentech, es posible que podamos ayudarlo. Si cumple con ciertas pautas financieras y médicas, podremos suministrarle el medicamento de forma gratuita. Esto se hace por medio de la fundación Genentech® Access to Care Foundation (GATCF).

Para que podamos ayudarlo, necesitamos conocer, usar y divulgar su información médica de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés). Su proveedor y plan de atención médica pueden divulgar su PII únicamente si contamos con su autorización por escrito. Al firmar este formulario de autorización, autoriza que su proveedor y plan de atención médica nos divulguen su PII, y nos autoriza a divulgar su PII si fuese necesario para prestarle algún servicio. Una vez que usted firme y nos envíe este formulario, o que lo presente electrónicamente o su proveedor de atención médica lo haga en su nombre, podremos empezar a prestar estos servicios. Es su decisión aceptar o no esta autorización; sin embargo, tome en cuenta que no podemos prestarle nuestros servicios sin la misma. Esto significa que es posible que usted deba pagar ciertos medicamentos.

**LEA DETENIDAMENTE ESTE FORMULARIO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O LLÁMENOS AL NÚMERO TELEFÓNICO QUE SE INDICA EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA.**

## 1. Información que se divulgará o utilizará

Este formulario firmado permite que mis proveedores y planes de atención médica envíen de forma electrónica mi PII, junto con este formulario, a Nutropin GPS y GATCF. Esta información incluye:

- Todos los expedientes médicos relacionados con mi tratamiento
- Información sobre los beneficios de mi plan de atención médica
- El saldo en dólares restante del total de los pagos de por vida que cubre la póliza de mi plan de atención médica (si esto rige para mi plan)
- Cualquier información relacionada con mi salud o con mi cumplimiento del tratamiento

Todo lo anterior se considera parte de mi PII. Sé que esto puede incluir la siguiente información:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Trastornos de salud mental
- Resultados de pruebas genéticas

## 2. Quiénes pueden ver y utilizar la información médica de identificación personal (PII)

Mi PII puede ser vista por Nutropin GPS y GATCF. Estos son programas patrocinados por Genentech. La dirección es 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990.

También la puede ver cualquier persona que ayude a Nutropin GPS a prestar servicios, incluidos los empleados de Genentech y cualquiera de sus socios, con el objetivo de facilitar el acceso a sus productos. Genentech puede divulgar su PII a socios o agentes y filiales, así como a su proveedor de atención médica y el plan médico.

### **Mi PII puede utilizarse solo de estas maneras:**

- Para colaborar con la cobertura de mi plan de atención médica para obtener los productos de Genentech
- Para presentar solicitudes a la GATCF
- Para determinar la elegibilidad de formas alternativas de cobertura y fuentes de financiación
- Para coordinar que se surtan las recetas médicas a través de una farmacia
- Para dar seguimiento al uso de productos Genentech
- Para fines administrativos de Genentech o de sus socios

## 3. Avisos

Esta autorización y aviso de divulgación tendrá vigencia durante cinco años a partir de la fecha en que firme, a menos que la ley estatal disponga un período más corto.

**Entiendo que si soy residente del estado de Maryland, esta autorización será válida por un período no mayor a un año a partir de la fecha en que la firme.**

Una vez que haya firmado este formulario, entiendo que es posible que mi PII no esté protegida por ninguna ley federal que restrinja el uso y la divulgación de la misma. No existe garantía de que mi PII no se divulgue a un tercero. Es posible que dicho tercero no esté obligado a cumplir con las condiciones de esta autorización y aviso de divulgación.

Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento y por cualquier motivo. Esto no afectará el comienzo, la continuación ni calidad de mi tratamiento y no afectará el tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica. Para retirarla, debo enviar un aviso escrito a Genentech. Puedo enviarlo por fax o por correo a la dirección que aparece en esta página. El retiro de esta autorización entra en vigencia a partir del momento en que Genentech reciba el aviso. Si no firmo este formulario o si retiro mi autorización, Genentech no podrá ayudarme a acceder a mis productos Genentech.

Entiendo que, como paciente o signatario, tengo el derecho de obtener una copia de esta autorización y aviso de divulgación firmada durante el período de tiempo que esta tenga validez o hasta tres años después de la fecha de firma.

## 4. Aceptación de la entrega

Si recibo un producto gratuito de GATCF, usaré los productos Genentech según me lo indique mi proveedor de atención médica. No venderé ni distribuiré los productos Genentech. Comprendo que hacerlo es ilegal. Tengo la responsabilidad de garantizar que el producto Genentech se entregue en una dirección segura cuando me lo envíen. Sé que mi deber es controlar el producto Genentech mientras esté en mi poder.

### **LA SECCIÓN 5 DE LA SIGUIENTE PÁGINA ES OBLIGATORIA.**

Este aviso escrito se debe firmar, fechar, enviar por correo, fax o de manera electrónica a:

**Nutropin GPS™**  
PO Box 220039  
Charlotte, NC 28222-0039

**Fax:** (800) 545-0612

**5. Firma y fecha (OBLIGATORIO)**

Debe firmar  
y anotar la  
fecha aquí

He leído este documento o me lo han explicado. Al firmar este formulario, entiendo que autorizo la divulgación de mi PII según los términos detallados en este formulario de autorización. **(Complete toda la información siguiente. Asegúrese de firmar y escribir fecha en esta autorización. Si no lo hace, esto detendrá el proceso para ayudarlo).**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma  
(dd/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente o contacto adicional

\_\_\_\_\_  
Persona legalmente autorizada /  
Nombre de contacto adicional

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto

Estoy de acuerdo en que dejen un mensaje detallado: autorizo a Nutropin GPS/GATCF a dejar un mensaje detallado en el siguiente número: \_\_\_\_\_.

\*Entiendo que este mensaje puede incluir información médica personal, incluso el nombre del medicamento recetado, nombre de mi médico y detalles relacionados con la cobertura del seguro

**6. Información financiera (únicamente GATCF)**

**TOTAL DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR EL AÑO PASADO: \$** \_\_\_\_\_

Lea las siguientes declaraciones: Comprendo que para tener derecho a obtener medicamentos gratuitos, la GATCF impone requisitos que se deben cumplir, incluido el ingreso. Certifico que la declaración anterior sobre los ingresos totales anuales de mi grupo familiar durante el año pasado es verdadera y que no tengo recursos económicos ni cobertura de seguro para pagar los productos Genentech. Sé que la GATCF me podrá pedir una copia de mi formulario IRS 1040 u otra prueba de ingresos para hacer una auditoría. Acepto proporcionar mi documentación financiera en tiempo y forma, si me lo solicitan. Además, notificaré de inmediato a la GATCF si mi situación con respecto a los seguros cambia. Tenga en cuenta que la GATCF tratará de obtener las compensaciones legales correspondientes, incluso mediante demanda judicial por daños y perjuicios, si la GATCF determina que esta certificación es falsa o que la declaración financiera es falsa o inexacta. Al firmar esta declaración, certifico que la declaración que antecede referida al monto de los ingresos anuales de mi grupo familiar es verdadera y exacta, a mi leal saber y entender.

Firme y anote  
la fecha aquí  
(necesario para  
la inscripción  
en la GATCF)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma  
(dd/mm/aa)

Nutropin AQ® es una marca registrada y Nutropin GPS es una marca de Genentech, Inc.