

SYNAGIS Formulario de consentimiento para el progenitor/cuidador

SYNAGIS CONNECT™ es un programa de apoyo al paciente creado por Sobi para proporcionar apoyo individualizado para ayudar a los pacientes adecuados a acceder a SYNAGIS® (palivizumab). SYNAGIS CONNECT™ puede ayudar a los padres y cuidadores a entender el proceso de tratamiento y sus opciones financieras, a brindar apoyo a los proveedores a la hora de sortear las preguntas acerca de los seguros y reembolsos, y a ayudar en la coordinación de la atención y en el proceso de la farmacia especializada.

Para que el paciente y su cuidador aprovechen este programa, debe obtenerse el consentimiento/autorización.

El progenitor o cuidador debe llenar este formulario de forma legible y firmarlo. Todos los formularios completos deben enviarse por fax al **1-800-201-4938**.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID del nodo SYNAGIS CONNECT™ (si se conoce): _____

INFORMACIÓN DEL PROGENITOR/CUIDADOR




Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Calle: _____ Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono del hogar: _____ N.º de teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico

Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche Idioma preferido: _____

 <input type="radio"/> Autorizo a SYNAGIS CONNECT™ a enviar mensajes de texto cuando proceda y por medio del presente documento acepto recibir este tipo de comunicación. Pueden aplicarse tasas de datos y mensajes estándar.	 <input type="radio"/> Autorizo a SYNAGIS CONNECT™ a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de la receta de mi hijo, SYNAGIS.	 <input type="radio"/> Inscríbame en el programa de copago de SYNAGIS. Se aplican los requisitos de elegibilidad.
---	--	--

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del proveedor de atención primaria/especialista: _____

Calle: _____ Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ Fax: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Mediante mi firma a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica y al personal, farmacias y compañías de seguro de mi hijo/a a usar y divulgar a Sobi, Inc., y a sus afiliados, socios comerciales, proveedores y otros agentes (en conjunto, "Sobi") la información médica sobre la afección médica y tratamiento de mi hijo/a, seguro médico y reclamaciones de cobertura, así como la información de recetas (incluida la información de surtido/resurtido) para SYNAGIS (la "Información") para (1) inscribir a mi hijo/a en el programa de apoyo al paciente SYNAGIS CONNECT™ (el "Programa"); (2) obtener información sobre la cobertura de seguro de mi hijo/a; (3) coordinar el surtido de la receta según lo indicado por el médico de mi hijo/a; (4) proporcionarme recordatorios de cumplimiento y apoyo; y (5) comunicarse conmigo para llevar a cabo investigaciones de mercado y organizar la recepción de materiales educativos, promocionales y/o de mercadeo sobre programas de apoyo de Sobi o los productos Sobi. Una vez que la información de mi hijo/a se haya divulgado a Sobi, entiendo que las leyes de privacidad federales ya no la protegen de la divulgación posterior. Sin embargo, también entiendo que Sobi protegerá la información de mi hijo/a mediante el uso y la divulgación únicamente para los fines permitidos por mí en esta autorización o según lo exija la ley.

Entiendo y acepto que la farmacia que dispensa SYNAGIS pueda recibir pagos de Sobi a cambio de divulgar la información de mi hijo/a a Sobi y proporcionar servicios del Programa.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar esta autorización no afectará a la capacidad de mi hijo/a para obtener tratamiento médico por parte de los proveedores de atención médica, el pago del tratamiento o la elegibilidad para los beneficios del seguro médico, ni el acceso a los medicamentos Sobi. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que mi hijo/a no podrá participar en el Programa.

Entiendo que esta autorización caduca diez años después de la fecha de la firma a continuación, o antes si así lo requiere la legislación estatal o local, a menos y hasta que cancele (retire) esta autorización antes. Puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificando a Sobi por escrito a SYNAGIS CONNECT, PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076.

La cancelación de esta Autorización finalizará los usos y divulgaciones futuros de la información de mi hijo/a por parte del proveedor de atención médica de mi hijo/a y el personal, farmacias y compañías de seguro médico, en función de esta Autorización y la participación de mi hijo/a en el Programa cuando reciban aviso de mi cancelación, pero no afectará a ningún uso o divulgación de la Información de mi hijo/a que ya se haya hecho por parte de los proveedores de atención médica de mi hijo/a y el personal, farmacias y compañías de seguro médico, basándose en esta autorización antes de recibir la cancelación.

Nombre completo (en letra de imprenta) del progenitor/cuidador _____

FIRME AQUÍ

Firma del progenitor/cuidador _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SYNAGIS CONNECT™:

Al firmar a continuación, me estoy inscribiendo en SYNAGIS CONNECT™ (el "Programa"). Autorizo a Sobi, Inc., y a sus afiliados, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "socios comerciales" y junto con Sobi, Inc., "Sobi") a proporcionarme a mí y a mi hijo/a los servicios para los que somos elegibles en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo para medicamentos y cumplimiento, apoyo para la dispensación de medicamentos, apoyo para la cobertura de seguros y asistencia financiera, educación sobre la enfermedad y los medicamentos, así como otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto la inscripción en el programa de asistencia de copago si soy elegible.

También doy mi consentimiento para recibir llamadas de mercadeo y mensajes de texto automatizados y pregrabados de Sobi, así como de las empresas que trabajen con Sobi, al número o los números de teléfono que proporcione. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar o recibir los productos o servicios de Sobi. Entiendo que puedo revocar esta autorización y optar por no recibir llamadas de mercadeo y mensajes de texto automáticos de Sobi en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificándoselo a Sobi por escrito a PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076.

Nombre completo (en letra de imprenta) del progenitor/cuidador _____

FIRME AQUÍ

Firma del progenitor/cuidador _____ Fecha: _____



SYNAGIS® es una marca comercial registrada y SYNAGIS CONNECT™ es una marca comercial de Arexix AB a cargo de Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).