

INSTRUCCIONES: Llene y envíe esta página por fax al **1-866-850-9155** o por correo electrónico a sucraid@qolmed.com. Sucraid ASSIST™ es proporcionado por QOL Medical, LLC.

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA POR LA HIPAA ("AUTORIZACIÓN")

Aspectos Destacados (o Beneficios) del Programa: El programa SucraidASSIST™ está diseñado para ser el principal recurso para los pacientes que usan Sucraid® (sacrosidasa) Solución Oral, sus cuidadores y proveedores de atención de la salud. La sigla en inglés ASSIST significa Acceso y Servicios de Apoyo en el Tratamiento con Sucraid®. QOL Medical ofrece el programa SucraidASSIST™ que presta un excelente servicio al cliente, así como apoyo de pares y con la dieta. QOL Medical se dedica a mejorar los resultados de los pacientes al ayudar a los clientes a entender su enfermedad, los medicamentos, la dieta y la vida diaria con Sucraid®.

1. Autorización de Usos y Divulgaciones. Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida por la HIPAA ("Autorización"): 1. Autorización de Usos y Divulgaciones. Por medio del presente documento, autorizo y ordeno a mis proveedores de atención de la salud, a la compañía de seguros de salud, a Optum Frontier Therapies o a cualquier otra farmacia, y a sus empleados y agentes, así como a los profesionales de atención de la salud afiliados (en conjunto "Proveedor"), que usen y divulguen mi "información médica protegida" ("Información"), según se describe a continuación, a (i) QOL Medical, LLC (QOL), el fabricante de Sucraid®, (ii) al personal de asistencia al paciente y otros empleados de QOL o SucraidASSIST™, y a cualquier agente o representante de cualquiera de estas partes (en conjunto "Partes Autorizadas"). **2. Descripción de la Información.** Entiendo que mi Información incluye, pero no se limita a, mi nombre, fecha de nacimiento, género y otra información personal, información de contacto e identificadores (incluida mi dirección), información médica (incluida información sobre mi condición de salud y condiciones médicas relacionadas), síntomas, tratamientos (incluido el tratamiento relacionado con mi uso pasado, presente y futuro de Sucraid® y otros artículos o servicios de atención de la salud), mi dieta, antecedentes médicos familiares, registros médicos e información financiera (incluida la información sobre mis ingresos, la cobertura del seguro y el historial de pagos), así como otra información personal recopilada por el Proveedor o las Partes Autorizadas sobre mí. **3. Objetivos.** Autorizo y ordeno al Proveedor que utilice y divulgue mi Información a las Partes Autorizadas para los siguientes fines: (1) ayudar a resolver los problemas que el paciente pudiera tener en el proceso de la receta; (2) proporcionar al paciente y a los proveedores de atención de la salud material educativo, información nutricional o consultas con pares; (3) realizar actividades de marketing de atención de la salud, incluidas aquellas por las que Optum Frontier Therapies o QOL reciban una remuneración; (4) llevar a cabo evaluaciones clínicas en relación con los síntomas, la respuesta terapéutica a Sucraid® y la forma y el cumplimiento de los regímenes de tratamiento; (5) determinar la posible calificación para los programas de asistencia al paciente; (6) llevar a cabo cualquier otro propósito requerido o permitido por la ley; y (7) comunicarse con el paciente para obtener información adicional si fuera necesario. **4. Posibilidad de Nueva Divulgación.** Entiendo que una vez que mi información se divulgue en virtud de esta Autorización, puede ser divulgada posteriormente y dejar de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad, incluida la HIPAA (una ley federal de privacidad). **5. Tratamiento No Condicionado; Su Firma es Voluntaria.** Entiendo que el tratamiento por parte de mi médico y Proveedor, el pago por parte de mi seguro o la inscripción en mi plan de salud no están condicionados a la firma de esta Autorización. Sin embargo, si me niego a firmar esta Autorización, mi capacidad para recibir servicios de apoyo relacionados con mi uso de Sucraid® puede verse limitada. Puedo optar por no firmar esta Autorización. **6. Vencimiento.** Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que transcurran diez (10) años a partir de la fecha de mi firma, cinco (5) años después de que deje de comprar Sucraid® o según lo limite la ley estatal, a menos que yo la revoque. **7. Revocación.** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización si solicito por escrito que esta Autorización sea revocada mediante el envío de una notificación por escrito a Optum Frontier Therapies en 6325 Santa Margarita St #110, Las Vegas, NV 89118. Si revoco esta Autorización, Optum Frontier Therapies dejará de utilizar y divulgar mi información para los fines descritos anteriormente. Sin embargo, mi revocación no afectará a ningún uso ni divulgación anterior de la Información que se haya realizado en virtud de esta Autorización, y mi revocación no afectará al tratamiento que reciba de mi médico o de Optum Frontier Therapies. **8. Preguntas.** Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad a sucraid@qolmed.com. **9. Copia.** Entiendo que recibiré una copia de esta Autorización. Certifico que soy mayor de 18 años, y que he leído este documento y entiendo perfectamente su contenido. **Todos los campos son obligatorios.**

Nombre del Paciente:		Apellido:	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento: / /		
Firma del Paciente (o Cuidador):			Fecha:
Teléfono:	Por correo electrónico:		Código Postal:
Relación con el Paciente:			

Notificaciones por mensaje de texto: Al firmar a continuación, autorizo expresamente a Optum Frontier Therapies y a sus socios a que se comuniquen conmigo a través de mensajes de texto para enviarme información sobre mi receta, como por ejemplo, recordatorios de resurtido. Certifico que el número que he facilitado en este formulario es mío. Acepto recibir mensajes de texto que pueden ser enviados mediante un sistema de marcación telefónica automática y que existe el riesgo de interceptación porque los mensajes de texto no son comunicaciones seguras. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento a los mensajes de texto para recibir los servicios de Optum Frontier Therapies y que puedo optar por no recibir comunicaciones en cualquier momento. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes de texto y de datos.

Teléfono Móvil:	Firma del Paciente (o Cuidador):
-----------------	----------------------------------