

Formulario de autorización del paciente

Medicamento de AstraZeneca: _____

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a mis proveedores de atención médica (Health Care Providers, HCP) y el personal, a mi plan de salud y a mis farmacias a utilizar y compartir mi información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca (incluido Access 360) y sus filiales y contratistas ("AstraZeneca"). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica, características demográficas, información de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar con mis HCP el tratamiento y las decisiones de pago; investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca; realizar un seguimiento del cumplimiento de la receta y asistencia financiera; y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo y acuerdo que AstraZeneca puede contactarse conmigo por correo, correo electrónico y por teléfono. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir la ayuda de Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-844-ASK-A360 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación. Esta autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma que aparece más abajo, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

¿Quién es usted? Soy el paciente Soy un Representante legalmente autorizado Relación con el paciente: _____

Preferencia de vía de comunicación: Correo electrónico Mensaje de texto Ambos*

(Entiendo que AstraZeneca puede enviarme mensajes de texto desde un marcador automático si proporciono mi número de teléfono móvil y que se pueden aplicar tarifas por dichos mensajes de texto. También entiendo que no se requiere consentimiento para realizar una compra).

*No es necesario

Nombre del paciente o del representante legalmente autorizado, en letra de imprenta

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

FIRME AQUÍ _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Inscripción opcional para recibir información adicional sobre mi afección

Entiendo que también podré recibir información y apoyo continuos en relación con mi afección, incluso información sobre el tratamiento. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comuniquen conmigo por teléfono con respecto a los programas de ayuda de AstraZeneca que puedan interesarme. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la consulta con su proveedor de atención médica acerca de su tratamiento o afección. Ni AstraZeneca ni ningún tercero que trabaje en su nombre venderán o alquilarán su información personal. Si en el futuro ya no desea recibir estos materiales o llamadas, o si desea informar un efecto secundario del medicamento, llame al 1-800-236-9933. Visite www.azprivacynotice.com para ver nuestro Aviso de privacidad.

Sí, deseo recibir información adicional.

Preferencia de vía de comunicación: Correo electrónico Mensaje de texto Ambos*

(Entiendo que AstraZeneca puede enviarme mensajes de texto desde un marcador automático si proporciono mi número de teléfono móvil y que se pueden aplicar tarifas por dichos mensajes de texto. También entiendo que no se requiere consentimiento para realizar una compra).

*No es necesario

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al 1-844-329-2360. Tal vez deba proporcionar información adicional, de acuerdo con el tipo de ayuda solicitada.

 **1-844-ASK-A360** (1-844-275-2360)

 **1-844-FAX-A360** (1-844-329-2360)

 **www.MyAccess360.com**

 **Access360@AstraZeneca.com**

 **One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878**