

ZYDELIG® AccessConnect® Formulario de Inscripción para Apoyo de Enfermería



Lunes a viernes, 8 AM a 5 PM, hora del Este
Teléfono: 1-844-6ACCESS (1-844-622-2377)
Fax: 1-855-553-8672
www.ZYDELIGAccessConnect.com

Quizás le cueste recordar tomar su medicamento y usted podría necesitar algo de ayuda. El programa de Apoyo de Enfermería de ZYDELIG® AccessConnect® ofrece un equipo de enfermeras de apoyo al paciente dedicadas que pueden responder preguntas y proporcionar consejos relacionados con su terapia. Para inscribirse directamente en el programa de enfermería de ZYDELIG AccessConnect, complete estos 5 sencillos pasos:

1. Asegúrese de fechar y firmar su nombre en la sección de Autorización del paciente.
2. Complete todos los campos de la sección de Información del paciente.
3. Indique en este formulario si le interesa en recibir más información sobre Ofertas de Asistencia adicionales de AccessConnect, incluyendo Acceso y Asistencia económica.
4. Proporcione detalles de contacto para su proveedor de atención médica, de forma que AccessConnect pueda trabajar conjuntamente con él o ella.
5. Presente este Formulario de Inscripción completo a ZYDELIG® AccessConnect® por:
 - Fax al 1-855-553-8672 o
 - Correo a 200 Pinecrest Plaza, Morgantown, WV 26505.

Para cualquier pregunta, por favor contactar a Zydelig® AccessConnect® al 1-844-6ACCESS o al 1-844-622-2377 a cualquier hora desde las 8 AM hasta las 5 PM, hora del Este.

1. Información del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Inglés: English Otro (por favor, indicar): _____

Teléfono: _____ Mejor hora para contactarlo: Mañana Tarde Noche
 Casa Celular

Contacto alternativo: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Apoyo solicitado

Estoy solicitando información:

- Apoyo de Enfermería
- Otras Ofertas de Asistencia, incluyendo Acceso y Asistencia económica de ZYDELIG® AccessConnect®

Si está seleccionando Otras Ofertas de Asistencia de ZYDELIG® AccessConnect®, un Especialista en casos de AccessConnect lo contactará. Su Especialista en casos trabajará con usted y con su médico/a para obtener la información solicitada, pero no puede garantizar el acceso a la asistencia.

3. Información del prescriptor

Nombre del prescriptor (primer nombre, apellido): _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Las enfermeras de AccessConnect quieren trabajar con su proveedor de atención médica para obtener la información de apoyo que usted necesita. Estaremos en contacto con él o ella a lo largo de todo el proceso.

Por favor, consulte la [Información de prescripción](#) completa, incluyendo la Guía del medicamento con **advertencias importantes** en zydelig.com.

4. Autorizaciones del paciente

Entiendo que debo completar este formulario de inscripción antes de que pueda recibir asistencia a través de AccessConnect, de Gilead Sciences, Inc. ("Programa") y el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP"). Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (colectivamente, "Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica tal como se describe a continuación. Por la presente, autorizo a mis proveedores de atención médica y a mis planes de salud a divulgar mi información personal y médica, tal como se describe a continuación, a Gilead, en conexión con el Programa y/o el PAP, todo de conformidad con esta autorización, y autorizo a Gilead a usar y divulgar la información de conformidad con la autorización.

Información por divulgarse: Información de salud personal ("PHI", por sus siglas en inglés), incluyendo información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección de correo, información financiera e información de seguro), información sobre mi salud, como por ejemplo mi condición médica actual y futura (incluyendo información sobre mi tratamiento con este medicamento recetado y la condición médica relacionada), y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas para divulgar mi información: Mis proveedores de atención médica, incluyendo toda farmacia que provea mi medicamento con receta y todo plan o programa de salud que me proporcione beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos podrían recibir remuneración por divulgar mi PHI de conformidad con esta autorización.

Personas a quienes mi información puede ser divulgada: Gilead, incluyendo el administrador externo responsable de la administración del Programa y del PAP.

Propósitos para los cuales se realizará la divulgación: Podrán hacerse divulgaciones de PHI a Gilead, para que Gilead pueda usar y divulgar la PHI a fines de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción, incluyendo, por ejemplo, confirmar mi identidad y mi uso o uso potencial de este medicamento con receta y recetado a través de mi relación con el prescriptor identificado en la Sección 3; 2) establecer mi elegibilidad para beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) proporcionar asistencia económica y apoyo para reembolso, si cumplo con los requisitos, y proporcionar otro apoyo aplicable, incluyendo, por ejemplo, información sobre recursos externos que puedan proporcionarme asistencia; 4) comunicarse con mis proveedores de atención médica, incluyendo, por ejemplo, verificar mi inscripción y facilitar que se me provea mi medicamento con receta; 5) contactarme para evaluar la efectividad del Programa y/o del PAP; 6) propósitos empresariales internos de Gilead, incluyendo control de calidad; 7) propósitos de auditoría y conformidad, incluyendo, por ejemplo, revisiones de caso y encuestas para mejoramiento de apoyo; 8) enviarme información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi enfermedad, tratamiento y/o mi medicamento con receta, incluyendo el programa de marketing de relaciones con el cliente (este uso de mi información personal es OPCIONAL y al marcar el siguiente casillero podría suscribirme voluntariamente).

Entiendo que una vez que mi PHI haya sido divulgada en virtud del presente, la ley federal de privacidad ya no podrá seguir restringiendo su uso o divulgación. Entiendo además que podría rehusarme a firmar esta autorización y que si me rehúso, mi elegibilidad para beneficios de plan de salud o mi capacidad para obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso al apoyo ofrecido por AccessConnect y/o el PAP. También entiendo que yo podría también cancelar esta autorización en cualquier momento, **escribiendo una carta a Gilead o enviando un fax al 1-855-553-8672 o llamando al 1-844-622-2377**. Si cancelo, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi PHI después de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará los usos o divulgaciones de PHI que ya se hayan realizado de conformidad con esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada, que expira a diez (10) años de la fecha en que es firmada por mí o el período de tiempo requerido bajo las leyes del estado en el cual resido, lo que ocurra primero.

ZYDELIG® AccessConnect® Formulario de Inscripción para Apoyo de Enfermería

Lunes a viernes, 8 AM a 5 PM, hora del Este

Teléfono: 1-844-6ACCESS (1-844-622-2377)

Fax: 1-855-553-8672

www.ZYDELIGAccessConnect.com



4. Autorizaciones de paciente (continúa)

(OPCIONAL) Al marcar este casillero, acepto recibir información de marketing sobre ofertas, materiales educativos e investigación de mercado relacionada con mi enfermedad, tratamiento y/o mis medicamentos con receta. También acepto participar en todo programa futuro de marketing de relación con el cliente, si se me lo solicita.

Asegúrese de completar este formulario en su totalidad y firme su nombre en esta sección antes de presentarlo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Por favor, consulte la [Información de prescripción](#) completa, incluyendo la Guía del medicamento con **advertencias importantes** en zydelig.com.



GILEAD, el logo de GILEAD, ZYDELIG, el logo de ZYDELIG, AccessConnect y el logo de AccessConnect son marcas registradas de Gilead Sciences, Inc., o una de sus compañías relacionadas. Todas las demás marcas registradas a las que se hace referencia en este documento son la propiedad de sus respectivos dueños. ©2021 Gilead Sciences, Inc. Todos los derechos reservados. ZYDC0310 08/21