

Formulario de inscripción para Apoyo de enfermería de ZYDELIG® AccessConnect®



Lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Hora del Este
Teléfono: 1-844-6ACCESS (1-844-622-2377)
Fax: 1-855-553-8672
www.ZYDELIGAccessConnect.com

Recordar cuándo tomar sus medicamentos puede ser difícil y es posible que necesite ayuda. El programa de Apoyo de enfermería de ZYDELIG® AccessConnect® le ofrece un equipo de enfermeras comprometidas con la atención de los pacientes que pueden responder sus preguntas y brindarle consejos sobre su terapia. Para inscribirse en el programa de enfermería de ZYDELIG AccessConnect directamente, complete estos sencillos 5 pasos.

1. Asegúrese de incluir la fecha y su firma en la sección Autorización del paciente.
2. Complete todos los campos de la sección Información del paciente.
3. Indique en este formulario si está interesado en otros servicios de apoyo de AccessConnect, lo que incluye apoyo para el acceso y apoyo financiero.
4. Proporcione los detalles de contacto de su proveedor de atención médica para que AccessConnect pueda colaborar con él/ella.
5. Envíe este formulario de inscripción completo a ZYDELIG® AccessConnect® por:
 - Fax 1-855-553-8672 o
 - Correo 200 Pinecrest Plaza, Morgantown, WV 26505.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con ZYDELIG® AccessConnect® llamando al 1-866-6ACCESS o al 1-844-622-2377 entre las 8 a.m. y las 8 p.m. Hora del Este.

1. Información del paciente

Nombre del paciente (Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: Hombre Mujer

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

Correo electrónico: _____ Idioma: Inglés Otro (indicar): _____

Teléfono: _____ Mejor horario para comunicarse con usted: Mañana Tarde Noche
 Casa Celular

Persona de contacto alternativo: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

2. Apoyo solicitado:

Por el presente, solicito:

- Apoyo de enfermería
- Otros servicios de apoyo de ZYDELIG® AccessConnect®, lo que incluye apoyo para el acceso y apoyo financiero

Si selecciona otros servicios de apoyo de ZYDELIG® AccessConnect®, un especialista de casos de AccessConnect se pondrá en contacto con usted. Su especialista de casos trabajará junto a usted y su médico para que usted reciba el apoyo que necesita.

3. Información del médico prescriptor

Nombre del médico prescriptor (Nombre, Apellido): _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del centro: _____

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

Las enfermeras de AccessConnect desean trabajar junto con su proveedor de atención médica para garantizar que usted obtenga el apoyo que necesita. Nos pondremos en contacto con su proveedor cada vez que que hablemos con usted.

Consulte la información de prescripción completa, lo que incluye la Guía del medicamento que contiene **advertencias importantes** en zydelig.com

Lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Hora del Este

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

Fax: 1-855-553-8672

www.ZYDELIGAccessConnect.com

4. Autorizaciones del paciente

Comprendo que debo completar este formulario de inscripción antes de poder recibir asistencia a través del Programa Access Connect (el "Programa") y del Programa de asistencia al paciente (el "PAP") de Gilead Sciences, Inc. Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (denominados conjuntamente "Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información médica y personal como se describe a continuación. Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a compartir con Gilead mi información médica y personal en conexión con el Programa y/o el PAP como se describe a continuación y de conformidad con esta autorización. Asimismo, autorizo a Gilead a usar y divulgar dicha información conforme a esta autorización.

Información que podrá divulgarse: La información personal de salud ("IPS"), lo que incluye información sobre mi persona (por ejemplo, mi nombre, domicilio postal, información financiera e información de seguro), mis trastornos médicos pasados, presentes y futuros (lo que incluye información sobre mi tratamiento con este medicamento recetado y el trastorno médico relacionado) y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas a compartir mi información: Mis proveedores de atención médica, lo que incluye toda farmacia que despache mi medicamento recetado y todo plan o programa de salud que me suministre beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos podrían recibir una compensación por la divulgación de mi IPS conforme a esta autorización.

Personas con quienes podría compartirse mi información: Gilead, incluido el administrador externo responsable de la administración del Programa y del PAP.

Propósitos de la divulgación: Podría compartirse mi IPS con Gilead de modo que Gilead pueda usar y divulgar la IPS a los fines de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción; 2) determinar mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) brindar asistencia financiera, apoyo, servicios de derivaciones, recordatorios de cumplimiento y apoyo y comunicarse con mis proveedores de atención médica, para, entre otros propósitos, facilitar el suministro de mi medicamento recetado; 4) ponerse en contacto conmigo para evaluar la eficacia del Programa y/o el PAP; 5) cumplir con los propósitos comerciales internos de Gilead, lo que incluye las encuestas de control de calidad y las encuestas tendientes a la mejora del servicio.

Comprendo que, una vez que mi IPS se haya divulgado conforme a esta autorización, las leyes de privacidad federales podrían dejar de restringir su uso y divulgación. Comprendo asimismo que puedo negarme a firmar esta autorización y que en dicho caso, mi elegibilidad para recibir los beneficios del plan de salud y obtener servicios de atención médica de mis proveedores de salud no cambiará. Sin embargo, no tendré acceso a los servicios que ofrece AccessConnect y/o el PAP. También puedo cancelar mi permiso en cualquier momento escribiendo una carta a Gilead y enviándola por fax al 1-855-553-8672 o por teléfono al 1-844-622-2377. En caso de cancelación, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi IPS después de la fecha de cancelación. Sin embargo, la cancelación no afectará las instancias de uso o de divulgación de mi IPS que ya hayan tenido lugar conforme a esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización, la cual caduca en un plazo de diez (10) años a partir de la fecha en que la firme u otro plazo de tiempo requerido por las leyes del estado en el que resido, cualquiera sea el menor.

Al marcar este casillero, acepto recibir información promocional sobre ofertas, material informativo e investigación de mercado en relación con mi enfermedad, tratamiento y/o medicamento recetado. También acepto participar en cualquier futuro programa de marketing de relaciones con el cliente, de ser solicitado.

Asegúrese de que este formulario esté completo en su totalidad y firme con su nombre en esta sección antes de enviarlo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Consulte la información de prescripción completa, lo que incluye la Guía del medicamento que contiene **advertencias importantes** en zydelig.com