

## Información del paciente (marque la indicación adecuada)

- Paciente con síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa)     Paciente con miastenia gravis generalizada (MGg)     Paciente con hipofosfatasa (HFF)     Paciente con deficiencia de lipasa ácida lisosómica (D-LAL)     Paciente con trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (TENMO)     Paciente con hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono del paciente (o representante designado, si corresponde): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del paciente (o del representante designado) (opcional): \_\_\_\_\_

## Representante designado (Completar esta sección SOLO si la persona que firma este formulario de autorización no es el paciente)

Nombre de la persona que autoriza la divulgación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Permisos adicionales (opcional)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Autorización para recibir servicios y comunicaciones del paciente

Yo (o mi representante) autorizo a Alexion Pharmaceuticals, Inc., incluidos, entre otros, sus afiliados, socios comerciales, empleados, subcontratistas, agentes, personas designadas y otros representantes (juntos, "Alexion" o "nosotros") para que me presten servicios de apoyo al paciente relacionados con cualquiera de los productos de Alexion, lo que incluye, entre otros, apoyo en línea, verificación de cobertura de seguro y servicios de asistencia financiera adicionales, capacitación sobre las afecciones médicas que están aprobadas según se indica en la Información de prescripción de EE. UU., servicios de cumplimiento y persistencia, y otros servicios de apoyo terapéutico, así como cualquier información o material relacionado con dichos servicios (los "servicios").

Yo (o mi representante) acepto y reconozco que cualquier miembro del personal de Alexion que preste dichos servicios de apoyo no es empleado de mi profesional de atención médica ni tampoco lo es cualquier miembro del personal de Alexion que brinde consejo o tratamiento médico.

## Autorización para usar y divulgar mi Información personal

Yo (o mi representante) acepto permitirles a las partes autorizadas que figuran a continuación que divulguen información que me pueda identificar ("Información personal"), lo que incluye determinada información de salud, a Alexion para los usos descritos a continuación. Comprendo que mi participación en el Programa OneSource también está sujeta a la Notificación de privacidad de Alexion, disponible en <https://alexion.com/Legal#privacy>, que me proporciona información adicional sobre las prácticas de privacidad de Alexion y los derechos de privacidad que pueden estar disponibles para mí.

## Las partes autorizadas incluyen, entre otros, lo siguiente:

- (1) yo (o mi representante);
- (2) mi médico de cabecera, médico evaluador y/o tratante, y cualquier especialista u otros proveedores de atención médica que intervengan en mi tratamiento ("Proveedores");
- (3) el distribuidor, la farmacia, el hospital/centro de infusión/centro de tratamiento o la agencia de atención médica a domicilio que me provee mi terapia médica ("Distribuidores"); y (4) mi asegurador médico, pagador o programa de asistencia al paciente ("Pagadores").

La Información personal que puede recopilarse, divulgarse o usarse incluye nombre, dirección, otra información de contacto, fecha de nacimiento, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, registros médicos e historial de tratamiento, órdenes, diagnósticos, recetas y registros, historiales, resultados, pronósticos, planes de atención y resúmenes de alta hospitalaria, información de facturación, reclamaciones de seguro e informes de revisión de utilización, así como cualquier otra Información personal que usted (o su representante), su proveedor de atención médica, compañía de seguro u otra parte autorizada le hayan proporcionado a Alexion en el transcurso de su interacción con el Programa OneSource. Cuando sea posible, intentaremos usar y divulgar su información personal de forma anónima o sin identificación.

Las partes autorizadas pueden divulgar mi Información personal a Alexion, de modo tal que Alexion pueda recopilar, usar y divulgar la Información personal para los siguientes fines:

- 1. Coordinación de la atención:** entre los Proveedores, Distribuidores, Pagadores o yo para la coordinación de mi atención médica, lo que incluye recordatorios de cumplimiento de la terapia.
- 2. Manejo de la enfermedad/capacitación del paciente:** para brindarme información, capacitación y servicios de manejo de casos a mí (o a mi representante) y a cualquier Proveedor, Pagador y Distribuidor.
- 3. Investigación clínica, protocolos de tratamiento y/o reuniones:** para informarme (o informar a mi representante) sobre los estudios de investigación clínica, protocolos de tratamiento, o encuestas relacionadas con enfermedades que puedan beneficiarme y/o sobre reuniones que puedan interesarme, y que cueten con el patrocinio de Alexion, o bien derivarme a estos (o derivar a mi representante).
- 4. Revisión de beneficios del seguro/plan y/u opciones de financiamiento:** para revisar, coverificar y ayudarme (o ayudar a mi representante) a comprender los beneficios proporcionados por mi Pagador, para verificar qué servicios incluyen los beneficios de mi Pagador y ayudarme a obtener los servicios solicitados por mi Proveedor, para coordinar los beneficios, para determinar los requisitos de la apelación y para identificar otras fuentes de pago, de ser necesario.

## Firma

Yo (o mi representante) he leído y entiendo los términos de este formulario, y la Notificación de privacidad de Alexion, y autorizo a Alexion a recopilar, usar, almacenar, transferir y divulgar mi Información personal como se describe en este formulario de autorización. Esta autorización estará vigente durante diez (10) años a menos que yo (o mi representante) la revoque (retire).

Yo (o mi representante) puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, lo cual incluiría un fax o correo electrónico verificado, que incluya mi nombre y dirección dirigido a Alexion Pharmaceuticals, Inc., a la dirección, al correo electrónico o al fax que aparecen en este formulario. Yo (o mi representante) tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización cuando la solicite.

Firma del paciente/de la persona legalmente autorizada: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**5. Facturación y pago:** para coordinar la preparación, la presentación y el procesamiento de reclamaciones de seguro de salud, y la evaluación de problemas de codificación (facturación), y para ayudar y derivar (incluido el hecho de involucrar a los terceros que correspondan) en la resolución de cualquier problema de reclamaciones relacionado con mi terapia.

**6. Distribución de la terapia:** para coordinar la distribución de mi terapia médica.

**7. Pedidos de productos:** para cumplir con cualquier pedido de productos que yo (o mi representante) pueda tener y responder a las preguntas que pueda hacer al centro de llamadas de Alexion y, aparte de eso, para informarme (o informar a mi representante) sobre otros servicios que puedan interesarme (o interesarle a mi representante).

**8. Agencias gubernamentales:** para proporcionar información según lo requieran o lo soliciten los representantes de agencias gubernamentales, juntas de revisión y otros que controlan la seguridad de los fármacos (u operaciones) de los fabricantes farmacéuticos.

**9. Comunicación:** para comunicarse conmigo (o con mi representante) por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema de marcado telefónico automático) y otros medios acordados mutuamente.

**10. Otros usos de la información personal:** usar mi Información personal para llevar a cabo una investigación, educar o comprometer a pacientes y a la comunidad y concientizar sobre enfermedades, desarrollar protocolos clínicos o estudios de comercialización, o para otros fines comerciales según lo determinado por Alexion.

## Divulgación de mi Información personal

Estas son las partes autorizadas adicionales con las que Alexion puede trabajar:

1. Proveedores y proveedores de servicios que ayudan a Alexion en la prestación de los servicios, como capacitación, entrega y demás servicios y fines según se describe anteriormente;
2. terceros relacionados con la venta, la asignación u otra transferencia de las líneas de productos o las actividades comerciales de Alexion;
3. representantes gubernamentales y grupos de defensa, para su participación en la educación, la concientización y/o las discusiones sobre enfermedades relacionadas con la cobertura;
4. terceros, para que respondan las solicitudes de las agencias gubernamentales o de cumplimiento de la ley, o cuando lo requieran o permitan las leyes correspondientes, las órdenes judiciales o las reglamentaciones gubernamentales; o
5. cuando sea necesario para realizar auditorías o investigar o responder una amenaza de seguridad o una queja.

Alexion no divulgará su Información personal a las Partes autorizadas sin implementar las medidas técnicas y organizativas adecuadas a fin de proteger su Información personal.

## Notificación

Alexion asume con mucha seriedad nuestra responsabilidad de proteger la Información personal que nos han confiado. Por este motivo, usamos controles y procesos de seguridad y privacidad adecuados, razonablemente diseñados para ayudar a proteger y salvaguardar su información cuando la recopilamos, la usamos o la divulgamos para los fines descritos en este formulario de autorización, o según lo permita la ley. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que si no firmo este formulario de autorización, o decido revocarlo, mi posibilidad de obtener atención médica y/o terapia, o mi elegibilidad o inscripción para beneficios del seguro, no se verán afectados. No obstante, si no firmo este formulario de autorización, Alexion no podrá proporcionar los servicios de OneSource descritos anteriormente.

Confirmando que la información proporcionada es actual y precisa y está completa según mi leal saber y entender. Además, comprendo que mi inscripción en el programa OneSource no debe influir en las decisiones de tratamiento/receta. El programa OneSource no tiene ninguna obligación de proporcionarle a usted todos los servicios de OneSource descritos aquí.

## Firme a continuación si desea recibir comunicaciones de Alexion:

Yo (o mi representante) también autorizo a Alexion y a ciertas Partes autorizadas a enviarme comunicaciones, como correspondencia, correos electrónicos, boletines informativos o invitaciones a eventos, acerca de Alexion, nuestros productos y los servicios OneSource. Comprendo que no es necesario mi consentimiento para inscribirme en OneSource y que puedo cancelar mi suscripción a estas comunicaciones en cualquier momento al comunicarme con mi administrador de casos o con Alexion a través de la información de contacto/el enlace disponible en todas las comunicaciones.

Firma del paciente/de la persona legalmente autorizada: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_