

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS PARA PACIENTES



CORREO ELECTRÓNICO OneSource@Alexion.com



TELÉFONO: 1.888.765.4747 de 8:30 A. M. a 8:00 P. M., hora del este, de lunes a viernes



FAX: 1.800.420.5150



CORREO: 100 College St., New Haven, CT 06510



OneSource™ es un programa de apoyo al paciente personalizado y gratuito que ofrece Alexion. Está diseñado para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes durante todo el tratamiento. Para obtener más información, visite www.AlexionOneSource.com.



INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES: Para inscribirse en OneSource, siga estos pasos:

- 1 Complete toda la información requerida (en rojo) en la **PÁGINA 1** y lea la Autorización para compartir información médica en la **PÁGINA 2**
- 2 Firme la sección Autorización para compartir información médica en la **PÁGINA 1**
- 3 Envíe por correo electrónico o fax la **PÁGINA 1 del formulario** y **las copias del anverso y reverso de sus tarjetas** de cobertura de seguros y farmacia a OneSource. Ver la dirección de correo electrónico y el número de fax arriba

Asegúrese de completar todos los campos obligatorios y de firmar y fechar el formulario. Si la información está incompleta, esto podría retrasar nuestra capacidad para inscribirlo en OneSource. OneSource puede comenzar a ofrecerle apoyo personalizado una vez que usted envíe este formulario correctamente completado.

Nota: Usted puede decidir no firmar este formulario. Sin embargo, no podemos proporcionarle apoyo personalizado sin su autorización firmada.

Los campos en rojo son obligatorios. **Comuníquese con OneSource si tiene alguna pregunta mientras completa los formularios.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO BINARIO- PREFIERO AUTODESCRIBIRME
DIRECCIÓN			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA		¿ACEPTA RECIBIR UN MENSAJE DE TEXTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿ACEPTA RECIBIR UN MENSAJE DE TELÉFONO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE			
IDIOMA DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____		CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> NINGUNO	
REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE		REPRESENTANTE DESIGNADO DEL PACIENTE	
NOMBRE:	TELÉFONO:	NOMBRE:	TELÉFONO:
RELACIÓN CON EL PACIENTE:	CORREO ELECTRÓNICO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	CORREO ELECTRÓNICO:

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR	CORREO ELECTRÓNICO DEL PROVEEDOR
----------------------	----------------------------------	----------------------------------

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto los términos de la Autorización para compartir información médica en la página siguiente.

FIRME AQUÍ



FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA (DD/MM/AAAA)

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES PROMOCIONALES (OPCIONAL)

COLOQUE SUS INICIALES PARA OTORGAR CONSENTIMIENTO

Doy permiso a Alexion y a las compañías que trabajan bajo la dirección de Alexion para que usen mi información de contacto para proporcionarme información promocional sobre productos, servicios, programas u otros temas que Alexion considere que puedan interesarme. Entiendo que Alexion usará y compartirá mi información de acuerdo con el Aviso de Privacidad en el sitio web de Alexion en <https://alexion.com/Legal#privacy>.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DE TEXTO AUTOMATIZADAS (OPCIONAL)

Al firmar a continuación, otorgo permiso a Alexion y a las compañías que trabajan bajo la dirección de Alexion para usar mensajes de texto automatizados (SMS) para proporcionar servicios de apoyo al paciente y para proporcionarme información sobre productos, servicios, programas u otros temas que Alexion considere que puedan interesarme. Entiendo que (i) no estoy obligado a otorgar mi consentimiento para recibir mensajes de texto como condición para la compra de productos de Alexion o la inscripción en estos programas; (ii) mi proveedor de servicios de telecomunicaciones puede cobrarle cualquier mensaje de texto que reciba de Alexion; y (iii) puedo optar por dejar de recibir mensajes de texto automáticos de Alexion en cualquier momento sin afectar mi inscripción en estos programas.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA (DD/MM/AAAA)

CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE COPAGO (OPCIONAL)

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto los términos de elegibilidad del Programa de Copago OneSource™ de Alexion en la página siguiente.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA (DD/MM/AAAA)



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Alexion Pharmaceuticals, Inc. (“Alexion”) ofrece servicios para pacientes que incluyen (entre otros) recursos educativos, apoyo para la administración de casos y asistencia financiera para pacientes elegibles.

Al firmar en la página anterior, doy permiso para que mis proveedores de atención médica, planes de salud u otros programas de seguro, farmacias y otros proveedores de servicios de atención de la salud (“Mis entidades de atención médica”) compartan información, incluida la información médica protegida, relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro médico (en conjunto, “Mi información”) con Alexion y compañías que trabajan bajo su dirección, para que Alexion pueda usar y divulgar Mi información para:

- Revisar mi elegibilidad para obtener cobertura de seguro y beneficios para el tratamiento con un producto de Alexion
- Coordinar el tratamiento con un producto de Alexion, así como servicios relacionados, como coordinar servicios de infusión domiciliaria o servicios de vacunación
- Proporcionarme materiales educativos y promocionales, contactarme acerca de investigaciones de mercado o estudios clínicos, o ponerse en contacto conmigo acerca de productos, Servicios, programas u otros temas de Alexion que consideren que podrían ser de mi interés.
- Eliminar los identificadores de Mi información y combinar dicha información resultante con otra información para fines de investigación, presentaciones reglamentarias, proyectos de mejora comercial y publicaciones.
- En caso sea pertinente a mi producto Alexion, hacer una revisión de mi historial de vacunación y profilaxis y proveer el correspondiente apoyo al paciente, como enviar recordatorios acerca de futuras vacunaciones potenciales.

Comprendo que mis entidades de atención de la salud pueden recibir pagos de Alexion a cambio de compartir Mi información.

Comprendo que Mi información también está sujeta al Aviso de Privacidad de Alexion disponible en <https://alexion.com/Legal#privacy> y que el Aviso de Privacidad de Alexion proporciona información adicional sobre las prácticas de privacidad de Alexion y los derechos que pueden estar disponibles para mí. Si bien Alexion ha implementado controles de privacidad y seguridad diseñados para ayudar a proteger Mi información, comprendo que una vez que se haya divulgado Mi información a Alexion, la Ley de Portabilidad y Asequibilidad de Seguros de Salud (“HIPAA”) podría hacer que la misma esté sujeta a una nueva divulgación.

Entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento enviando una carta por correo al Programa de Apoyo al Paciente OneSource™ de Alexion, 121 Seaport Blvd, Boston, MA 02210 o por correo electrónico a OneSource@Alexion.com. También comprendo que la cancelación de mi autorización no afectará ningún uso ni divulgación de Mi información que se haya realizado antes de que Alexion recibiera la notificación de mi cancelación.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que las entidades de mi atención médica no pueden condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios si firmo esta Autorización, o no. También entiendo que si no firmo esta Autorización no podré recibir apoyo mediante el Programa de apoyo al paciente OneSource de Alexion.

Esta Autorización vence diez (10) años después de la fecha que se encuentra junto a mi firma, a menos que yo la revoque antes o a menos que la ley aplicable exija un plazo más corto. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Servicios OneSource™

Los servicios y el apoyo de Alexion están sujetos a cambios. La participación es voluntaria y las personas pueden ser excluidas de los servicios de Alexion por violaciones al código de conducta.

Elegibilidad para el programa de copago

Al participar en el Programa de Copago OneSource de Alexion, los participantes reconocen que comprenden y están de acuerdo con todos los términos y las condiciones del programa, disponibles en <https://alexiononesource.com/CoPay> o por solicitud comunicándose con OneSource al 1.888.765.4747.

Este material está destinado solo a residentes de los Estados Unidos.