

Teléfono: 1-844-668-6732
Fax: 1-866-488-6576Lunes a viernes
8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

* Indica que el campo es obligatorio

Página 1 de 2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:*	Apellido del paciente:*	Fecha de nacimiento:*/ /
Código postal del paciente:*		
Nombre del cuidador:	Apellido del cuidador:	Fecha de nacimiento del cuidador: / /
Relación con el paciente:	Teléfono principal:*	Correo electrónico principal:*

Prefiero que se comuniquen conmigo por: Teléfono Correo electrónico Mensaje de texto (si selecciona esta opción, debe también elegirla a continuación)

Autorización de la HIPAA de NOVOCARE®***DEBE MARCAR LA CASILLA Y FIRMAR**

Con mi firma a continuación, por el presente, yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) doy permiso para que mis proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas, planes de salud, y aseguradoras de salud y sus contratistas (o los del paciente) divulguen toda información necesaria, incluida, entre otros tipos, la información de mi cobertura de medicamentos recetados, recetas médicas, afecciones médicas y expedientes médicos (la "Información personal") a Novo Nordisk, sus afiliados, proveedores de servicios, agentes y representantes, incluidos los proveedores de servicios para NovoCare® Patient Support Hub (NovoCare®) (en conjunto, "Novo Nordisk") y el enlace comunitario local. Esta Información personal ayuda a Novo Nordisk a administrar NovoCare®, ya que posibilita lo siguiente: (i) tramitar el presente formulario de autorización; (ii) verificar mi información; (iii) identificar o determinar la elegibilidad conforme a NovoCare® y otros recursos de asistencia al paciente; (iv) investigar y verificar mis beneficios de seguro; (v) coordinar la dispensación y entrega de los medicamentos; (vi) comunicarse conmigo sobre los servicios de NovoCare® (a través de los enlaces comunitarios de enfermedades hematológicas poco frecuentes de Novo Nordisk o los proveedores de servicios que administran NovoCare®); (vii) brindarme recursos e información en relación con programas de apoyo u otros servicios administrados por NovoCare®; (viii) prestar otros servicios para gestionar NovoCare®; y (ix) llevar a cabo un control de calidad u otras actividades comerciales internas relacionadas con NovoCare®. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) también doy permiso para que NovoCare® use y divulgue mi Información personal (o la del paciente) a proveedores de atención médica, aseguradoras y cuidadores para los fines que se mencionaron anteriormente. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) entiendo y acepto que, si bien Novo Nordisk y cualquier contratista autorizado que actúe en su nombre harán todo lo posible para mantener la privacidad de la Información personal, es posible que, una vez divulgada, la Información personal ya no esté protegida por las leyes federales o estatales aplicables de privacidad y seguridad. Específicamente, yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) acepto que, una vez divulgada, los destinatarios autorizados pueden volver a divulgar de forma legal la Información personal, a menos que la ley lo prohíba de otra manera. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) entiendo que esta autorización puede rechazarse. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) también puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-844-668-6732 o escribiendo a NovoCare®, PO Box 592188, Orlando, FL 32859. El rechazo o la revocación en el futuro no afectará el inicio o la continuación de mi tratamiento (o el del paciente) por parte de proveedores de atención médica, farmacias, proveedores de servicios, aseguradoras, etc. Sin embargo, si yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) me rehúso a firmar o revoco la presente autorización, no podré seguir participando en los programas o servicios que administra NovoCare®. Si yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) revoco la presente autorización, Novo Nordisk dejará de usar, compartir o divulgar mi Información personal (o la del paciente) (excepto según sea necesario para cancelar la participación), pero dicha revocación no afectará los usos y las divulgaciones de Información personal que ya se hayan hecho conforme a la presente autorización. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) entiendo que puedo recibir una copia de la presente autorización, que seguirá siendo válida durante un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se revoque antes, o durante un plazo diferente si las leyes y regulaciones aplicables lo exigen o lo permiten. Yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) también entiendo que el programa de NovoCare® puede cambiar o darse por terminado en cualquier momento sin previo aviso. Con mi firma a continuación, confirmo que he leído y acepto la autorización del paciente anterior.

Firma del paciente, tutor legal o representante legal:

Fecha: / /

Teléfono: 1-844-668-6732
Fax: 1-866-488-6576Lunes a viernes
8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

* Indica que el campo es obligatorio

Página 2 de 2

Autorización del programa de NOVOCARE®***DEBE MARCAR LA CASILLA Y FIRMAR**

Por el presente, yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) certifico que yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) (i) tengo más de 18 años; (ii) soy ciudadano/a o residente legal de los Estados Unidos; y (iii) cumplo con todos los requisitos para participar en los programas de NovoCare®. Al completar el presente formulario de autorización, confirmo que la información proporcionada es completa, verdadera y precisa, y que yo (o mi padre/madre/tutor legal/representante legal) verificaré cualquiera de los datos proporcionados a NovoCare® si así se solicita. Entiendo que el enlace comunitario local será mi punto de contacto principal y entiendo que se comunicará conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, según el método de contacto preferido que yo haya indicado, a fin de brindarme información sobre los programas de apoyo identificados por mí o por mi proveedor de atención médica, hablar sobre la hemofilia y mantenerme informado/a sobre productos, servicios de apoyo y novedades relacionados con la hemofilia.

Firma del paciente, tutor legal o representante legal:***Fecha:*** / /

Para obtener más información sobre cómo tratamos su información personal y su información de salud, consulte nuestro Aviso de privacidad (<https://www.novonordisk-us.com/privacy-notice.html>) y nuestro Aviso de privacidad de los datos de salud del consumidor.

Autorización para recibir mensajes de texto del programa de NOVOCARE® (OPCIONAL)

Sí, he leído y entiendo los términos de uso de los mensajes de texto de NovoCare® disponibles en [RBDTextTerms.com](https://www.novonordisk-us.com/RBDTextTerms.com). Además, confirmo que Novo Nordisk o sus socios pueden usar mi información para brindarme actualizaciones sobre el estado del programa, control de calidad y más, como se explica en mayor detalle en el Aviso de privacidad de Novo Nordisk.

ENTIENDO QUE CUALQUIER LLAMADA O MENSAJE DE TEXTO SE PUEDE GENERAR MEDIANTE TECNOLOGÍA AUTOMATIZADA Y QUE NO TENGO QUE DAR MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES POR TELÉFONO O MENSAJE DE TEXTO ANTES DE COMPRAR PRODUCTOS O RECIBIR OTROS SERVICIOS DE NOVO NORDISK.

- Doy mi consentimiento.
 No doy mi consentimiento.