

Imprima el formulario, complételo en su totalidad, fírmelo y envíelo por fax al: 1-888-525-2416

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.

**ASEGÚRESE DE REVISAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ORIGINAL DE IPSEN CARES****AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA: PROGRAMA IPSEN CARES**

Autorizo a mi médico/al médico del paciente y a su personal (incluidas las farmacias que puedan recibir mi receta/la receta del paciente de Dysport®) a divulgar mi información médica protegida/la información médica protegida del paciente (protected health information, PHI), incluida la información médica sobre seguros, recetas, manejo de la atención y afección médica a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. y/o sus filiales, y/o sus agentes o proveedores externos que hayan sido contratados para administrar el programa de Cobertura, Acceso, Reembolso y Apoyo Educativo de Ipsen (IPSEN CARES) (colectivamente, "Ipsen") para que Ipsen (1) me inscriba/inscriba al paciente en IPSEN CARES; (2) establezca mi elegibilidad/la elegibilidad del paciente para beneficios y los posibles gastos de bolsillo para Dysport; (3) se comunique con mis médicos/los médicos del paciente y los planes de salud sobre mi plan de tratamiento/el plan de tratamiento del paciente; (4) brinde servicios de apoyo, incluida la educación del paciente y la asistencia financiera para Dysport; (5) ayude a que se envíe Dysport a mí/al paciente o a mi proveedor de atención médica; y (6) facilite mi participación/la participación del paciente en los programas para pacientes de Dysport según lo haya solicitado o pueda solicitar, incluido el Programa de asistencia al paciente de IPSEN CARES (Patient Assistance Program, PAP), si corresponde. Estoy de acuerdo en que, usando la información de contacto que proporciono, Ipsen puede comunicarse conmigo/con el paciente por teléfono, correo postal y/o correo electrónico por motivos relacionados con el programa y los servicios de apoyo de IPSEN CARES, incluyendo (1) para determinar si yo/el paciente soy/es elegible para recibir asistencia y servicios de apoyo relacionados, (2) para dejarme mensajes que revelen que estoy/el paciente está recibiendo terapia con Dysport y/o solicité/solicitó servicios de apoyo de IPSEN CARES y soy/es o no elegible para recibir asistencia; (3) para operar programas para pacientes de Ipsen Cares que podrían ayudarme a pagar o acceder a mis medicamentos/los medicamentos del paciente; y (4) para confirmar la recepción de los medicamentos. Otorgo mi consentimiento para que un representante del programa IPSEN CARES se comunique conmigo para que el programa obtenga más información o aclaraciones sobre cualquier evento adverso que yo/el paciente pueda experimentar. También doy permiso a Ipsen para que comparta mi PHI/la PHI del paciente y otra información con personas y compañías que trabajan con IPSEN CARES, incluidos proveedores de seguros; mi médico/el médico del paciente y otras personas, o instituciones que participan en mi atención médica/la atención médica del paciente, como farmacias y hospitales; y/u otras organizaciones que podrían ayudarme a pagar mi medicamento/el medicamento del paciente. Toda la información que proporcione puede ser utilizada por Ipsen o cualquier tercero que trabaje en nombre de Ipsen en relación con IPSEN CARES. Comprendo que mis proveedores de atención médica/los proveedores de atención médica del paciente pueden recibir remuneración de Ipsen en relación con mi PHI/la PHI del paciente y/o por cualquier servicio de apoyo terapéutico que se me haya brindado a mí/al paciente. Comprendo que una vez que mi PHI/la PHI del paciente se haya divulgado a Ipsen, ya no está protegida por las leyes federales de privacidad, y Ipsen puede volver a divulgarla; sin embargo, Ipsen ha aceptado hacer esfuerzos razonables para proteger mi PHI/la PHI del paciente al usarla y divulgarla solo para los fines descritos anteriormente o según lo exija la ley. Puedo retirar esta autorización comunicándome con IPSEN CARES al 1-866-435-5677 o enviando por correo una carta solicitando dicha revocación a IPSEN CARES, 2250 Perimeter Park Dr. Suite 300 Morrisville, NC 27560, pero no cambiará ninguna medida tomada antes de retirar esta autorización. El retiro de esta autorización finalizará los usos y las divulgaciones adicionales de la PHI por parte de las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en función de esta autorización.

Consulte la **Información de prescripción completa adjunta**,
incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA y la guía del medicamento**.

Imprima el formulario, complételo en su totalidad, fírmelo y envíelo por fax al: 1-888-525-2416

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.

**ASEGÚRESE DE REVISAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ORIGINAL DE IPSEN CARES****AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA: PROGRAMA IPSEN CARES (continuación)**

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en IPSEN CARES, pero esto no afectará mi elegibilidad/la elegibilidad del paciente para obtener tratamiento médico, mi capacidad/la capacidad del paciente para solicitar el pago de este tratamiento ni afectará mi inscripción/la inscripción del paciente en el seguro o mi elegibilidad/la elegibilidad del paciente para la cobertura del seguro. Esta autorización caduca tres años después de la fecha de firma, a menos que la ley exija un período más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese plazo. Entiendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

Confirmando que cualquier información, incluida la información financiera y de seguro, que proporciono a IPSEN CARES es completa y verdadera y, a menos que haya dicho algo diferente en esta solicitud, no tengo cobertura de seguro para este producto, que incluye Medicaid, Medicare o cualquier programa de asistencia pública o privada o cualquier otra forma de seguro. Si mis ingresos o cobertura de seguro médico cambian, notificaré de inmediato a IPSEN CARES al 1-866-435-5677. Confirmando que yo/ el paciente soy/es residente de los Estados Unidos (incluidos sus territorios). Comprendo que Ipsen puede revisar, cambiar o finalizar este programa en cualquier momento sin previo aviso.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PRODUCTOS Y APOYO**Comunicaciones de texto**

En la medida en que haya optado por marcar la casilla debajo de este párrafo, acepto ser contactado por mensajes de texto automáticos (“mensajes de texto”) al número de teléfono móvil que he proporcionado con el fin de ayudarme/ayudar al paciente a continuar con la terapia, que pueden promocionar o publicitar los productos Ipsen incluidos en el plan de terapia, y/o que pueden incluir el suministro de materiales educativos e información sobre programas que apoyan a los pacientes. Certifico que el número que proporciono me pertenece a mí y no a un familiar ni a un tercero. Comprendo que puedo optar por no recibir comunicaciones individuales o todas las comunicaciones de texto por completo en cualquier momento llamando al 1-866-435-5677 o respondiendo “STOP” por mensaje de texto a cualquier mensaje de texto de Ipsen. Ipsen no venderá ni alquilará esta información y la utilizará solo de acuerdo con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para ser contactado mediante mensajes de texto no es una condición para la participación en los programas IPSEN CARES ni para la compra de ningún producto o servicio. Comprendo que pueden aplicarse las tarifas de mensajería de texto y datos de mi compañía de servicio celular. Esta autorización caduca tres años después de la fecha de firma, a menos que la ley exija un período más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese plazo. Si proporciono este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar cada elemento de este consentimiento en nombre de otra persona, y acepto ser responsable y mantener a Ipsen indemne en caso de que esa otra persona alegue que no otorgó su consentimiento. Sí No

Imprima el formulario, complételo en su totalidad, fírmelo y envíelo por fax al: 1-888-525-2416

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.



ASEGÚRESE DE REVISAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ORIGINAL DE IPSEN CARES

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PRODUCTOS Y APOYO (continuación)

Información de comercialización

En la medida en que haya optado por marcar la casilla debajo de este párrafo, me gustaría recibir información de Ipsen por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, que puede incluir contenido de comercialización, anuncios, materiales de concientización sobre el estado de la enfermedad y material educativo sobre Dysport®, y programas que respaldan a los pacientes. Estos mensajes de texto y llamadas de voz pueden realizarse mediante el uso de sistemas de marcación telefónica automática. Certifico que el número que proporciono me pertenece a mí y no a un familiar ni a otro tercero. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta sección del formulario para participar en el programa IPSEN CARES y que puedo revocar esta autorización para recibir información adicional sobre el producto en cualquier momento. Acepto que Ipsen y sus agentes puedan usar y divulgar mi información personal (incluidos nombre, dirección, número de teléfono y/o correo electrónico) para proporcionar esta información, y que Ipsen también pueda comunicarse conmigo para solicitar mi opinión sobre Dysport y los productos y servicios de Ipsen. Comprendo y acepto que toda la información que proporcione puede ser utilizada por Ipsen para realizar análisis de datos e investigación de mercado, y para desarrollar nuevos programas y recursos. Comprendo que las tarifas estándar de mi compañía de telefonía celular pueden aplicarse a las llamadas y los mensajes de texto que reciba en mi teléfono celular. Esta autorización caduca tres años después de la fecha de firma, a menos que la ley exija un período más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese plazo. Puedo revocar esta autorización llamando al 1-866-435-5677 o enviando una solicitud por escrito a: IPSEN CARES, 2250 Perimeter Park Dr. Suite 300 Morrisville, NC 27560. Si proporciono este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar cada elemento de este consentimiento en nombre de otra persona, y acepto ser responsable y mantener a Ipsen indemne en caso de que esa otra persona alegue que no otorgó su consentimiento. **Sí No**

Nombre del paciente (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa) ____ / ____ / ____

N.º de teléfono de casa _____ N.º de teléfono celular _____

Nombre del cuidador/tutor legal (nombre y apellido) _____

N.º de teléfono del cuidador/tutor legal _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente/tutor legal _____ Fecha _____

Estamos recopilando información personal para cumplir con su solicitud. Consulte la política de privacidad de Ipsen en <https://www.ipsen.com/us/privacy-policy/>. Los residentes de ciertos estados tienen derechos adicionales con respecto a la recopilación, el uso y la divulgación de su información personal. Para obtener más información, consulte el Aviso complementario de privacidad estatal de Ipsen en <https://www.ipsen.com/us/Supplement-Website-Privacy-Notice/>.

Consulte la Información de prescripción completa adjunta, incluido el RECUADRO DE ADVERTENCIA y la guía del medicamento.

DYSPOORT es una marca comercial registrada de Ipsen Biopharm Limited.

IPSEN CARES es una marca comercial registrada de Ipsen S.A.

©2025 Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. Julio de 2025 DYS-US-009583.