

**Imprima el formulario, llénelo completamente, fírmelo y envíelo por fax a: 1-855-465-3820**

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(s) médico(s) y a su personal (incluidas las farmacias que pueden recibir mi receta para Iqirvo) a divulgar mi información médica protegida (protected health information, “PHI”), incluida la información médica sobre el seguro, la receta, el manejo de la atención y la afección médica a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc., y/o sus filiales, y/o sus representantes o terceros proveedores que han sido contratados para administrar el programa de Cobertura, Acceso, Apoyo, Reembolso y Educación (IPSEN CARES) de Ipsen (colectivamente, “Ipsen”) para que Ipsen: (1) me inscriba en IPSEN CARES; (2) establezca mi elegibilidad para los beneficios y los posibles gastos de bolsillo de Iqirvo; (3) se comunique con mis médicos y planes de salud sobre mi plan de tratamiento; (4) proporcione servicios de apoyo, incluida la educación del paciente y asistencia financiera para Iqirvo; (5) ayude a que me envíen Iqirvo a mí o a mi proveedor de atención médica; y (6) facilite mi participación en los programas para pacientes de Iqirvo que yo haya solicitado o pueda solicitar, incluido el Programa de asistencia al paciente de IPSEN CARES (Patient Assistance Program, “PAP”) si corresponde. Acepto que, usando la información de contacto que proporciono, Ipsen puede comunicarse conmigo por teléfono, correo postal y/o correo electrónico por motivos relacionados con el programa IPSEN CARES y los servicios de apoyo, incluido (1) determinar que soy elegible para recibir asistencia y servicios de apoyo relacionados, (2) dejarme mensajes que revelen que estoy recibiendo terapia con Iqirvo y/o he solicitado servicios de apoyo de IPSEN CARES y que soy o no elegible para recibir asistencia; (3) operar los programas para pacientes de Ipsen Cares que podrían ayudarme a pagar mis medicamentos o tener acceso a ellos; y (4) confirmar la recepción de los medicamentos. Otorgo mi consentimiento para que un representante del programa IPSEN CARES se ponga en contacto conmigo para que el programa obtenga más información o aclaraciones sobre cualquier evento adverso que yo pueda experimentar. También otorgo permiso a Ipsen para compartir mi PHI y otra información con personas y compañías que trabajan con IPSEN CARES, incluidas agencias gubernamentales, incluidos proveedores de seguros; mi(s) médico(s) y otras personas, o instituciones que participan en mi atención de la salud, como farmacias y hospitales; y/u otras organizaciones que podrían ayudarme a pagar por mi medicamento. Ipsen, o cualquier tercero que trabaje en nombre de Ipsen, puede utilizar toda la información que proporcione en relación con IPSEN CARES. Comprendo que mis proveedores de atención médica pueden recibir remuneración de Ipsen en relación con mi PHI y/o por cualquier servicio de apoyo a la terapia que me proporcionen.

Comprendo que, una vez que mi PHI se haya divulgado a Ipsen, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad e Ipsen puede volver a divulgarla; sin embargo, Ipsen ha aceptado hacer esfuerzos razonables para proteger mi PHI usándola y revelándola 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 una carta en la que solicite dicha revocación a IPSEN CARES, 2250 Perimeter Park Dr. Suite 300 Morrisville, NC 27560, pero esto no cambiará ninguna acción tomada antes del retiro de esta autorización. El retiro de la autorización terminará con nuevos usos y divulgaciones de mi PHI por parte de las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan hecho en virtud de esta autorización. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en IPSEN CARES, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, o mi capacidad para solicitar pago para este tratamiento ni afectará mi inscripción en el seguro o la elegibilidad para la cobertura del seguro. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese momento. Comprendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

**Imprima el formulario, llénelo completamente, fírmelo y envíelo por fax a: 1-855-465-3820**  
 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)**

Nombre del paciente (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N.º de teléfono particular \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Confirmo que toda la información, incluida la información financiera y del seguro, que proporciono a IPSEN CARES es completa y verdadera, y notificaré de inmediato a IPSEN CARES en caso de que cambie la cobertura de mi seguro médico. También comprendo que Ipsen puede revisar, cambiar o terminar este programa en cualquier momento sin previo aviso.**

### **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PRODUCTOS Y APOYO**

#### **Comunicaciones de texto**

En la medida en que he optado por ello marcando la casilla situada debajo de este párrafo, acepto ser contactado por medio de mensajes de texto de marcado automático (“textos”) al número de teléfono móvil que he proporcionado para el propósito de ayudarme a continuar con la terapia, lo que puede promover o anunciar los productos de Ipsen incluidos en el plan de terapia, y/o que puede incluir el suministro de materiales educativos e información sobre programas de apoyo a los pacientes. Certifico que el número que estoy proporcionando pertenece a mi persona 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 Ipsen. Ipsen no venderá ni alquilará esta información y la utilizará solo de acuerdo con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para ser contactado por mensajes de texto no es una condición para la participación en los programas IPSEN CARES o la compra de cualquier producto o servicio. Comprendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de texto de mi proveedor de servicios móviles. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese momento. Si otorgo este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar cada elemento de este consentimiento en nombre de esa otra persona, y acepto ser responsable y eximiré de responsabilidad a Ipsen en el evento de que dicha otra persona alegue que no dio su consentimiento.      Sí      No

**Imprima el formulario, llénelo completamente, fírmelo y envíelo por fax a: 1-855-465-3820**

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 marketing

En la medida en que he optado por ello marcando la casilla situada debajo de este párrafo, quisiera recibir información de Ipsen por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, todo lo cual puede incluir contenido de marketing, anuncios, materiales de concientización sobre el estado de la enfermedad y material educativo sobre Iqirvo y programas que apoyan a los pacientes. Estos mensajes de texto y llamadas de voz se pueden realizar mediante el uso de sistemas de marcación telefónica automáticos. Certifico que el número que estoy proporcionando pertenece a mi persona y no a un familiar u otro tercero. Comprendo que no tengo que 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 representantes puedan usar y divulgar mi información personal (incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono y/o el correo electrónico) para proporcionar esta información, e Ipsen también puede ponerse en contacto conmigo para solicitar mis opiniones sobre Iqirvo y los productos y servicios de Ipsen. Comprendo y acepto que Ipsen puede utilizar cualquier información que proporcione para llevar a cabo análisis de datos e investigación de mercado, y para desarrollar nuevos programas y recursos. Comprendo que las tarifas estándar de mi proveedor de telefonía móvil pueden aplicarse a las llamadas y mensajes de texto a mi teléfono celular. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que revoque mi autorización antes de ese momento. 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 otorgo este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar cada elemento de este consentimiento en nombre de esa otra persona, y acepto ser responsable y eximiré de responsabilidad a Ipsen en el evento de que dicha otra persona alegue que no dio su consentimiento.    Sí    No

Estamos recopilando información personal para satisfacer su solicitud. Consulte la política de privacidad de Ipsen en <https://www.ipsen.com/us/privacy-policy/>. Los residentes de determinados 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 de privacidad estatal complementario de Ipsen en <https://www.ipsen.com/us/Supplement-Website-Privacy-Notice/>.