

Las menciones a “usted”, “su”, “yo”, “me”, “mi”, etc., de este formulario se refieren al paciente, incluso aunque su representante autorizado sea quien firme este formulario en su nombre.

PARA QUE BIOMARIN PUEDA AYUDARLE CON SUS MEDICINAS Y ATENCIÓN RELACIONADA, USTED TENDRÁ QUE OTORGAR SU CONSENTIMIENTO TANTO A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA COMO A BIOMARIN:

- Su proveedor de atención médica necesita su consentimiento por escrito para entregar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a BioMarin.
- BioMarin necesita su consentimiento por escrito para compartir su información con otros proveedores de servicios, tales como laboratorios y farmacias, a fin de brindarle asistencia para obtener acceso a servicios que complementan su tratamiento.
- BioMarin necesita su consentimiento para poder contactar con usted por motivos de mercadotecnia y con comunicaciones acerca de los productos, servicios y programas de BioMarin, así como acerca de otros temas de interés con fines de mercadotecnia, educativos o de otro tipo; para ayudarle a obtener servicios adicionales que complementen su plan de tratamiento, y para permitirle aportar sus opiniones a BioMarin a través de investigaciones de mercadeo.
- Tal como se describe a continuación, su consentimiento es voluntario y no es necesario otorgarlo para recibir tratamiento, medicamentos u otro tipo de atención. Su consentimiento sí es necesario para que BioMarin pueda ofrecerle los servicios de asistencia del producto que se describen en este documento.
- BioMarin y sus agentes y representantes no trabajan bajo la dirección de su proveedor de atención médica ni ofrecen consejos médicos; están preparados para dirigir a los pacientes a su proveedor de atención médica para que reciban asesoramiento relacionado con el tratamiento.

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PARA SERVICIOS DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Al firmar este Formulario de consentimiento del paciente (FCP) autorizo a mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas, proveedores de laboratorio y proveedores farmacéuticos (en lo sucesivo, “entidades de atención de salud”) a revelar mi información médica y de identificación individual, tales como, entre otras, información del seguro médico, mi diagnóstico médico y estado de salud (tales como, entre otros, resultados de análisis de laboratorio, como los de diagnósticos y de análisis relacionados con diagnósticos o las pruebas complementarias), información sobre prescripciones, y mi nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección y número de teléfono a BioMarin y sus agentes y representantes (tales como, entre otros, terceros autorizados por BioMarin), a fin de que estos los utilicen para los fines mencionados a continuación. Autorizo también a BioMarin a utilizar mi información médica y de identificación individual para administrar el programa de asistencia a los pacientes a través de BioMarin, incluido BioMarin RareConnections™. Fines autorizados:

- ayudarme a obtener acceso a los servicios que complementan mi tratamiento;
- comunicarse con mi proveedor médico y recopilar, ingresar y mantener mi información médica en una base de datos;
- comunicarse con mis aseguradoras, si procede, para verificar mi cobertura de seguro; revisar requisitos de reembolso; verificar otro tipo de asistencia financiera a la que yo pudiera tener derecho; ayudar con el procesamiento de reclamaciones o de otro modo ayudar a obtener cobertura o asistencia financiera para mi tratamiento, tal como, entre otras, la atención de monitoreo posterior a la administración (no se aplica a los pacientes de VA);
- determinar mi elegibilidad para ofertas de programas, tales como, entre otras, las de servicios de asistencia financiera (los servicios de asistencia financiera no se aplican a los pacientes de VA);
- contactarme para fines de seguimiento sobre cualquier requisito de inscripción en BioMarin RareConnections; conversar y ofrecer información y capacitación sobre mi tratamiento y cualquier requisito posterior, y conversar sobre la eficacia de los servicios de asistencia, así como para brindar tales servicios de asistencia, capacitación y recordatorios de cumplimiento (por ejemplo, para recordarme que debo administrarme mi medicación de BioMarin); y
- si pongo mi firma bajo la sección 3, autorizo además a BioMarin a utilizar mi información médica y de identificación individual para los fines descritos en la sección B.

Una vez que mi información médica se haya revelado a BioMarin, entiendo que podría dejar de estar protegida bajo ciertas leyes federales sobre la privacidad. Sin embargo, BioMarin tiene la intención de proteger mi información médica al utilizarla y revelarla exclusivamente con los fines autorizados en este FCP o según lo permitan las leyes o reglamentos. Para residentes de California: si desea más información sobre la información que BioMarin puede recopilar sobre usted, sobre cómo utilizamos esa información y sobre sus derechos bajo la ley de privacidad de los consumidores California Consumer Privacy Act (CCPA), revise nuestra política de privacidad respecto a CCPA, disponible en www.biomin.com/data-privacy-center. Entiendo que los proveedores farmacéuticos y terceros que actúen en su representación podrían recibir una remuneración por parte de BioMarin a cambio de los datos y los servicios de asistencia terapéutica que proporcionen.

Este FCP vence a los diez (10) años (o al transcurrir el período de tiempo inferior requerido por la legislación estatal vigente) desde la fecha en que lo suscriba, indicada por la fecha junto a mi firma, a menos que sea cancelado antes conforme a las circunstancias descritas a continuación. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este FCP.

Entiendo que puedo negarme a firmar este FCP. Entiendo también que mi tratamiento (incluido aquel con un producto de BioMarin), el pago de mi tratamiento, la inscripción del seguro o la elegibilidad a beneficios del seguro no están condicionados a mi consentimiento de firmar este FCP, pero que, si no lo firmo o lo cancelo posteriormente, no podré recibir los servicios de asistencia terapéutica de BioMarin.

Entiendo que puedo cancelar este FCP en cualquier momento enviando una carta a BioMarin (BioMarin RareConnections, 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746) o un correo electrónico a support@biomin-rareconnections.com. La cancelación de este FCP pondrá fin a mi consentimiento para que mis entidades de atención de salud sigan revelando mi información médica a BioMarin a partir del momento en que reciban dicha notificación, pero no afectará a las revelaciones anteriores que hayan realizado conforme a este FCP. La cancelación de este FCP no afectará a mi capacidad de recibir tratamiento, pago por el tratamiento ni a mi elegibilidad para seguro médico.

SECCIÓN B: CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES DE MERCADOTECNIA Y OTRAS

Al firmar este Formulario de consentimiento del paciente (FCP) autorizo a mis entidades de atención de salud a revelar mi información médica y de identificación individual a BioMarin con fines de mercadotecnia o para informarme de otros modos sobre productos, servicios, investigaciones, ensayos clínicos y programas de BioMarin u otros temas de interés, y para realizar investigaciones de mercado o preguntarme sobre mi experiencia u opiniones acerca de dichos temas. Entiendo y acepto que BioMarin y las empresas que colaboran con BioMarin pueden utilizar mi información médica y de identificación individual para comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, fax, llamada telefónica o mensaje de texto con estos fines. Entiendo y acepto que cualquier información que yo proporcione podrá ser utilizada por BioMarin para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Entiendo asimismo que BioMarin no venderá ni transferirá mis datos personales con fines de mercadotecnia a terceros ajenos sin mi permiso expreso.

SECCIÓN C: ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON COPAGOS Y OTROS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE BIOMARIN

El programa de asistencia con copagos de BioMarin cubre los costos elegibles (si los hubiera) asociados a un tratamiento de BioMarin que forme parte del programa y que el paciente deba pagar de su bolsillo hasta una cantidad máxima por año natural. Este y otros programas de asistencia de BioMarin son válidos ÚNICAMENTE para pacientes elegibles que: residan en uno de los 50 estados de EE. UU. o en Puerto Rico, siempre que la ley no lo prohíba; tengan seguro comercial; no sean beneficiarios de programas gubernamentales y no participen en un programa de seguro médico con financiamiento estatal o federal, y tengan una prescripción válida para un tratamiento elegible de BioMarin con indicación aprobada por la FDA. Al participar en el programa, los pacientes confirman que no solicitarán reembolsos — por parte de seguros ni otros terceros — por ninguna asistencia proporcionada por BioMarin, y entienden y aceptan cumplir con todos los términos y condiciones del programa disponibles en BioMarin-RareConnections.com o, previa petición, llamando a BioMarin RareConnections al 1.833.ROCTAVIAN (1.833.762.8284).

1 Para autorizar su consentimiento, complete todos los campos siguientes.

Primer nombre del paciente Inicial del segundo nombre Apellido(s) del paciente Título Fecha de nacimiento Género Masculino Femenino Otro

Nombre del representante autorizado del paciente (si corresponde) Relación con el paciente

Dirección del paciente/representante autorizado Piso/departamento/vivienda Ciudad Estado Código postal

Método de contacto preferido (especifique) Teléfono principal

Teléfono móvil (dejar en blanco si el móvil es el teléfono principal) Correo electrónico

Idioma preferido Inglés Español Otro idioma (especifique)

2 Lea el documento y firme a continuación.

Leí y entiendo la sección A de este FCP (el consentimiento para compartir información de salud a los servicios de asistencia terapéutica al paciente) y acepto los términos allí establecidos. Se requiere una firma de consentimiento para recibir los servicios de BioMarin.

Firma del paciente/representante autorizado Fecha

Nombre del representante autorizado, en letra de imprenta (si corresponde) Relación con el paciente

3 Lea el documento y firme a continuación.

Leí y entiendo las secciones B y C de este FCP, el consentimiento para comunicaciones de mercadotecnia o de otro tipo y el programa de asistencia con copagos (el copago no se aplica a los pacientes de VA) y acepto los términos allí establecidos.

Firma del paciente/representante autorizado Fecha

Nombre del representante autorizado, en letra de imprenta (si corresponde) Relación con el paciente

Imprima el formulario completo (ambas páginas) y envíelo por fax al 1.833.979.2207.

Nota para proveedores de atención médica: cuando su paciente haya completado este formulario, entréguele una copia y guarde el original en la historia clínica del paciente.