



Autorización del Paciente y Aviso de Solicitud Para Transmitir Información Médica a Genentech Access Solutions y a Genentech® Access to Care Foundation (PAN)

Teléfono: (800) 530-3083 **Fax:** (877) 428-2326

Activase.com, Cathflo.com and TNKase.com

ACS/091914/0035(5) 04/18

Genentech® Access to Care Foundation (GATCF) es un programa gratuito de Genentech para usted.

Genentech Access Solutions trabaja para ayudarlo a entender cómo pagar su producto de Genentech. Ayudamos a las personas que cuentan con un plan de salud y a quienes no lo tienen.

Si no tiene un plan de salud, o si su plan no pagará por sus productos de Genentech, es posible que Genentech pueda ayudarlo. Si cumple con ciertos criterios, podemos proporcionarle el medicamento en forma gratuita. Esto se hace a través de Genentech® Access to Care Foundation (GATCF).

Genentech Access Solutions y GATCF se toman en serio la privacidad del paciente. Reconocemos que su información médica es sensible y tomamos los pasos necesarios para protegerla y mantenerla confidencial. Para que Genentech Access Solutions pueda ayudarlo, necesitaremos ver, usar y revelar parte de su información personal identificable (personally identifiable information, PII), que incluye información médica. Con la firma de este formulario, usted indica a su proveedor de atención médica y a su plan de salud que nos transmita cierta PII y nos autoriza a usar y volver a revelar su PII según sea necesario para ayudarlo. Una vez que firme este formulario y se nos devuelva, o usted o su proveedor de atención médica en su nombre nos lo envíen electrónicamente, podemos empezar a ayudarlo. Usted puede optar por no firmar este formulario; sin embargo, tenga en cuenta que no podemos ayudarlo si no ha firmado el formulario.

Lea cuidadosamente este formulario.

Si tiene preguntas, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica o llámenos al número telefónico que aparece en la parte superior de esta página.

1 Información que puede usarse o divulgarse

Indico que mi(s) proveedor(es) de atención médica y/o plan(es) de salud compartan la siguiente información con Genentech Access Solutions y/o GATCF:

- Información médica relacionada con mi tratamiento con los productos de Genentech, incluidos diagnósticos y recetas relevantes
- Información sobre los beneficios de mi plan de salud, incluidos mis deducibles y costos de bolsillo de por vida y anuales anticipados

2 Quién puede ver y usar mi PII

Autorizo a Genentech Access Solutions y/o GATCF a usar y volver a revelar mi PII a Agentes, afiliadas y proveedores que ayuden a Genentech Access Solutions y/o GATCF; y a mi(s) proveedor(es) de atención médica, entidades de atención médica, farmacias y plan(es) de salud a los efectos de facilitar mi acceso a los productos de Genentech, que incluye:

- Coordinar con mi plan de salud para comprender la cobertura para productos de Genentech
- Presentar solicitudes a la GATCF
- Determinar la elegibilidad para formas alternativas de cobertura y fuentes de financiamiento para mis medicamentos de Genentech
- Coordinar el surtido de mi receta a través de una farmacia
- Para fines administrativos que respaldan Genentech Access Solutions y GATCF

3 Avisos

Este PAN tendrá una vigencia de 3 años desde la fecha de la firma o la fecha de la última inscripción, lo que ocurra primero, excepto que la ley exija un período menor.

Entiendo que si soy residente del estado de Maryland, la presente autorización tendrá una validez no mayor a 1 año desde la fecha de su firma.

Una vez que firme este formulario PAN y se transmita mi PII a Genentech Access Solutions y/o GATCF, comprendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no podrá proteger la PII divulgada a Genentech Access Solutions y/o GATCF por mi proveedor de atención médica u otras personas cubiertas por las leyes de la HIPAA porque Genentech Access Solutions y GATCF no están cubiertos por la HIPAA. Sé que Genentech Access Solutions y GATCF se comprometen a proteger mi información y a mantenerla segura y confidencial mientras es recopilada o utilizada para ayudarme y que el uso y la divulgación de mi información se limitará a lo descrito anteriormente.

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario PAN. También comprendo que puedo cancelar este formulario PAN en cualquier momento y por cualquier motivo. Comprendo que esta cancelación significa que Genentech Access Solutions y/o GATCF ya no utilizarán ni compartirán mi PII, pero no aplica a la PII ya utilizada o compartida. Para cancelar este formulario PAN, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Puedo enviarlo por fax o por correo postal a la dirección que se muestra en esta página. Si cancelo este formulario PAN, comprendo que Genentech Access Solutions y GATCF ya no podrán ayudarme con el acceso a mi(s) producto(s) de Genentech.

El domicilio para Genentech Access Solutions y GATCF es 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990. El número de fax para Genentech Access Solutions y GATCF es (800) 704-6615.

Comprendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a obtener una copia de este formulario PAN firmado durante el período de vigencia.

4 Aceptación de distribución

Si recibo productos gratuitos de la GATCF, no venderé ni distribuiré los productos de Genentech. Entiendo que es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que cualquier producto de Genentech se envíe a una dirección segura cuando me hagan el envío. Sé que es mi deber controlar cualquier producto de Genentech mientras esté en mi poder.

La sección 5 de la página siguiente es obligatoria.
Este aviso por escrito se debe firmar, fechar y enviar por correo postal, fax o electrónicamente a:

Genentech Access Solutions
1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990
Fax: (877) 428-2326

5 Firma y fecha

(Obligatorio para obtener la ayuda de Genentech Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation)*

Complete toda la información a continuación. Asegúrese de firmar y fechar este formulario. Si no lo hace, se podría retrasar el proceso para brindarle ayuda.

Obligatorio:

Nombre del paciente,
en letra de imprenta

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o de la Persona Legalmente Autorizada

Fecha de la Firma

Nombre de la
persona que firma
(de no ser el paciente),
en letra de imprenta

Apellido

Nombre

Relación con el Paciente

Opcional:

Se puede dejar un mensaje detallado†:

Autorizo a Genentech Access Solutions/
la GATCF a dejar un mensaje detallado
en el siguiente número:

*Si se comete un error, la persona que firma el formulario PAN debe corregir la información e ingresar una única línea en el error y colocar las iniciales. Se debe volver a escribir la información correcta al lado del error. No se aceptarán otras formas de corrección, tal como tachar palabras o usar corrector.

†Al proporcionar mi número de teléfono, autorizo a Genentech a utilizar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial para comunicarse conmigo. Comprendo que estas llamadas/estos mensajes de texto pueden mencionar el nombre de productos o servicios de Genentech, detalles sobre la cobertura de mi seguro y el nombre de mi médico. Comprendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para que se comuniquen conmigo por teléfono o mensaje de texto como condición de compra de los productos de Genentech o de la inscripción en Genentech Access Solutions o GATCF.

6 Información financiera (GATCF únicamente)

Ingresos familiares totales correspondientes al año calendario previo: \$ _____

Lea el siguiente testimonio: Comprendo que para reunir los requisitos a fin de recibir medicamentos gratuitos, la GATCF tiene ciertos criterios que se deben cumplir, lo que incluye los ingresos. Certifico que mi declaración anterior de mis ingresos familiares totales anuales correspondientes al año calendario previo es verdadera, y que no cuento con recursos económicos ni cobertura de seguro para pagar los productos de Genentech. Sé que la GATCF podría solicitarme una copia de mi formulario IRS 1040 u otra prueba de mis ingresos para propósitos de auditoría. Estoy de acuerdo con proporcionar en forma oportuna mis documentos financieros, si me los solicitan. Además, notificaré inmediatamente a la GATCF si cambia mi situación de seguro. Tenga en cuenta que la GATCF ejercerá todos los recursos legales apropiados, lo que incluye un juicio de indemnización por daños y perjuicios, en el caso de que la GATCF determine que esta certificación es falsa o que la declaración financiera es falsa o inexacta. Al firmar este testimonio, certifico que el monto de mis ingresos familiares anuales declarados arriba es verdadero y exacto, a mi leal saber y entender.

Elija inscribirse al
firmar y fechar aquí

Firma del Paciente o de la Persona Legalmente Autorizada

Fecha de la Firma

