

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Por favor, lea atentamente los siguientes avisos. Firmando este formulario permitirá a Biocodex, Inc. brindarle a usted o a su ser querido apoyo y recursos que pueden incluir, entre otros:

- Educación sobre DIACOMIT® (stiripentol) e información relacionada al régimen de tratamiento
- Asistencia financiera para pacientes elegibles e información de reembolso
- Recursos útiles para brindarle apoyo

## Autorización para el uso y divulgación de información médica protegida

Al firmar esta autorización, autorizo a mis proveedores de atención médica, seguro de salud y proveedor de farmacia (“Proveedores de atención médica y aseguradoras”) a usar y divulgar mi información médica personal, incluida la información relacionada con mi condición médica, tratamiento, administración de cuidado médico y seguro de salud (mi “Información”) relacionada con mi uso o uso potencial de DIACOMIT a Biocodex, Inc. (“Biocodex”), y cada uno de sus respectivos afiliados, representantes, contratistas, proveedores y otros agentes (colectivamente, “DESTINATARIOS”) y autorizan a los Destinatarios a usar dicha información para: (1) comunicarse con mi proveedor de atención médica, compañía de seguros u otros terceros pagadores sobre mi Información y usar y divulgar esta Información, y autorizar a esas partes a divulgar (es decir, divulgar) toda esa Información a los Destinatarios para ayudar a obtener cobertura para DIACOMIT; (2) proporcionarme servicios de apoyo para DIACOMIT; (3) contactarme y dejar mensajes sobre DIACOMIT; (4) proporcionarme información o materiales relacionados a DIACOMIT o mis condiciones médicas; y (5) contactarme sobre DIACOMIT, que puede incluir servicios para pacientes como educación, entrenamiento, enfermería y apoyo de farmacia.

Entiendo que, al divulgar mi información con los destinatarios, es posible que las leyes de privacidad estatales y federales ya no protejan la información y que la información puede ser compartida adicionalmente. Entiendo que Biocodex protegerá Mi información al compartirla solo para los servicios descritos anteriormente o según lo permita la ley. Entiendo que las compañías que trabajan con Biocodex, incluida mi farmacia, pueden recibir un pago por el uso y la divulgación de mi información de salud protegida. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi decisión a no firmar este formulario no tendrá ningún impacto en mi elegibilidad para recibir beneficios del plan de salud o tratamientos de mis proveedores de atención médica, pero no tendré acceso a servicios de apoyo de los Destinatarios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento en el futuro, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización, enviando un aviso por escrito a Biocodex Inc., por correo a 550 Hills Drive, Suite 200B, Bedminster, NJ 07921 o por fax al 833-871-4137. Entiendo que Biocodex debe ser notificado para revocar completamente mi autorización, y después de que haya revocado mi autorización, el Destinatario notificado dejará de usar la información personal y médica ya obtenida para los fines de cualquier servicio de soporte descrito anteriormente. Tengo derecho a una copia de esta autorización, que expira 10 años a partir de la fecha en que la firmé (a menos que la ley estatal aplicable exija una terminación anticipada).

## Biocodex A Su Lado Servicios de Apoyo al Paciente

Al firmar esta Autorización, entiendo que le estoy dando permiso a Biocodex Farmacéuticos, sus afiliados y socios comerciales para usar y divulgar mi información para proporcionar soporte y recursos de productos, incluida la inscripción en el Programa de Apoyo al Paciente. También autorizo a Biocodex a ponerse en contacto conmigo por correo, correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto sobre información sobre condiciones médicas y productos, eventos relacionados con condiciones médicas o productos, servicios de soporte, estudios de mercado y para compartir otra información promocional. Entiendo que puedo optar por no participar enviando un aviso por escrito a Biocodex Inc., por correo a 550 Hills Drive, Suite 200B, Bedminster, NJ 07921 o por fax al 833-871-4137.

**He leído y acepto la Autorización para compartir información de salud y la Autorización para servicios de apoyo al paciente.**

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del tutor legal/Padre (si procede) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal/Padre (si procede) \_\_\_\_\_

**UNA VEZ QUE EL PACIENTE HAYA LEÍDO Y FIRMADO ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN, ENVÍELO POR FAX AL 1-833-871-4137**

Consulte la información completa de prescripción antes de prescribir DIACOMIT® disponible en: <https://www.diacomit.com/PI>.