

## Formulario de consentimiento del paciente de SYNAGIS

SYNAGIS CONNECT es un programa opcional proporcionado por Sobi para los pacientes y sus padres, tutores y proveedores que puede ayudarlo a entender su cobertura y obligación financiera con SYNAGIS, y proporcionar recursos para ayudar con el tratamiento y el pago del tratamiento. Los representantes de SYNAGIS CONNECT pueden responder preguntas relacionadas con la cobertura de medicamentos recetados, los costos de bolsillo y las opciones de farmacia; los programas convenientes (basados en la elegibilidad), y el apoyo al proceso de reclamos y apelaciones.

El padre/la madre/el tutor debe completar este formulario de manera legible y firmarlo. Todos los formularios completados se deben enviar por fax al **1-800-201-4938** o por correo electrónico a [synagisconnect@rxallcare.com](mailto:synagisconnect@rxallcare.com).

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º HUB (si se conoce): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA/ESPECIALISTA

Nombre del proveedor de atención primaria/especialista: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Al firmar esta Autorización, autorizo a los proveedores de atención médica, las compañías de seguros o las farmacias a divulgar, en formato electrónico o por otros medios, la información médica personal y protegida del paciente, incluidos la dirección, los registros médicos y la información sobre las recetas y los seguros, a: Sobi, Inc. y sus subsidiarias y afiliadas, sus contratistas, sus empleados, sus agentes y sus sucesores (colectivamente, "Sobi"), y a que estos la divulguen.

Sobi proveerá servicios de apoyo, incluidos el seguro y la asistencia de reembolso. Dicha autorización permite apoyar la recepción del tratamiento; el pago de las reclamaciones; la presentación de reclamaciones a las aseguradoras de salud para su pago; la comunicación de información al médico, a otros proveedores de atención médica y a las compañías de seguros; los servicios de reembolso; la elegibilidad para cualquier tipo de asistencia financiera; y la administración de SYNAGIS<sup>®</sup> (palivizumab). También autorizo y entiendo que Sobi y los proveedores de atención médica involucrados en el cuidado del paciente pueden usar y divulgar información médica protegida a los fines del aseguramiento de la calidad, incluidas entre otras las revisiones de aseguramiento de la calidad. SYNAGIS CONNECT está autorizado a contactarme por correo, correo electrónico, mensaje de texto, teléfono y/o cualquier otro método de comunicación alternativo que yo solicite para los fines aquí descritos.

Entiendo que terceros pueden recibir pagos de Sobi o de aquellos que actúan en nombre de Sobi a cambio de divulgar información médica protegida a Sobi y/o por proveerme servicios de apoyo, incluido el envío de comunicaciones, para fines del programa SYNAGIS CONNECT aquí definidos.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización como condición para recibir el tratamiento con los productos de Sobi o el pago por la atención médica; para inscribirme en un plan de salud; o para determinar la elegibilidad para los beneficios. Entiendo que tengo derecho a conservar una copia de esta Autorización después de firmarla.

Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que venza, a menos que la revoque antes. Puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, poniéndome en contacto con SYNAGIS CONNECT por teléfono al 1-866-285-8419 o, por escrito, en AllCare Plus Pharmacy, 50 Bearfoot Rd, Northborough, MA 01532, Atención: SYNAGIS CONNECT. Entiendo que la revocación será efectiva cuando SYNAGIS CONNECT reciba mi carta en la dirección arriba mencionada.

Si retiro la autorización, ya no se puede depender de ella para hacer usos y divulgaciones de la información médica protegida del paciente, pero eso no invalidará los usos y las divulgaciones que ya se hayan hecho en base a esta autorización. Entiendo que la información médica protegida divulgada en función de esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de Sobi, y, por lo tanto, puede que ya no esté protegida por ciertas regulaciones federales de privacidad, pero Sobi planea usar y divulgar la información solo como se describe dentro de esta autorización.

Esta Autorización vence dos (2) años (o el tiempo menor que la ley estatal pueda requerir) a partir de la fecha en que se firme esta Autorización.

#### ¿Qué es lo que mejor lo describe?

Soy un padre/una madre     Soy un tutor legal    Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre completo (en letra de imprenta) del padre/la madre/el tutor \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ**    Firma del padre/la madre/el tutor \_\_\_\_\_    Fecha \_\_\_\_\_