

**\*INDICA UN CAMPO OBLIGATORIO**

Nombre completo\*: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\* (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Celular\*: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

El Programa Traverre TotalCare (“Programa”) tiene como fin brindar apoyo para pacientes de Traverre Therapeutics Inc (“Traverre”). Antes de firmar, el paciente o el representante autorizado del paciente deben revisar y comprender los términos de esta Autorización y divulgación (“Autorización”). Si un representante autorizado firma por el paciente, indique el parentesco con él.

Entiendo que la recopilación, el uso y la divulgación de la información médica del paciente están protegidos por ley. La información que se incluye en este Formulario de inicio del paciente, como el nombre del paciente, su dirección, su seguro, su receta y su información médica, puede ser “información médica protegida” (“PHI”). Al firmar esta Autorización, el paciente acepta la recopilación, el uso y la divulgación de su PHI como se describe a continuación y autoriza a su médico responsable, proveedor de atención médica, aseguradora de salud o farmacéutico (“la Aseguradora y los Proveedores Responsables”) a compartir dicha información con Traverre y la empresa o empresas que ayudan a Traverre a administrar los Servicios de soporte del Programa (“Servicios”).

Entiendo que una vez que se divulga la PHI sobre el paciente en función de esta Autorización, las leyes federales de privacidad no pueden impedir que Traverre y la empresa o empresas que administran los Servicios divulguen más información del paciente. Sin embargo, entiendo que dichas entidades acordaron usar o divulgar la PHI que reciben solo para los fines descritos en esta Autorización o según lo exija la ley.

Al firmar a continuación, autorizo a Traverre y a la empresa o empresas que ayudan a administrar los Servicios a hacer lo siguiente:

- Solicitar y recibir información necesaria de la Aseguradora y los Proveedores Responsables del paciente para investigar y resolver la consulta de cobertura, codificación o reembolso del seguro del paciente o para proporcionar el servicio de apoyo de reembolso que he solicitado. En la información, se puede incluir el diagnóstico médico, la afección y el tratamiento del paciente (incluida la información de recetas), el seguro médico, el nombre, la dirección y el número de teléfono del paciente.
- Recopilar, usar y divulgar cualquier información del paciente, incluida la PHI, con el fin de investigar y resolver la consulta de reembolso, codificación o cobertura de seguro del paciente o para administrar los Servicios, lo que incluye ingresar y mantener la información del paciente en una base de datos.
- Comunicarse con el(los) plan(es) del paciente acerca de su beneficio de seguro, el estado de la cobertura y la administración del producto (p. ej., recetas, dosificación, resurtidos).
- Divulgar información al médico responsable del paciente, al profesional de la salud o al farmacéutico según sea necesario para resolver la consulta de reembolso, codificación o cobertura de seguro del paciente. El paciente autoriza a su aseguradora, médico responsable, proveedor de atención médica y farmacéutico a divulgar la PHI sobre los medicamentos recetados del paciente y la afección solicitada por Traverre y la empresa o empresas que ayudan a Traverre a administrar los Servicios.
- Proporcionar recursos de asistencia financiera, incluida la asistencia con copagos o programas gratuitos de medicamentos si cumplo con los requisitos para acceder al programa.
- Comunicarse con la aseguradora del paciente, otras posibles fuentes de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensa del paciente o programas de asistencia al paciente (p. ej., el Programa Traverre TotalCare) en nombre del paciente para determinar si el paciente cumple con los requisitos para acceder a la cobertura de seguro médico u otros fondos, y divulgar a ellos la PHI sobre los medicamentos recetados del paciente y la afección médica que proporcionó el paciente o el representante autorizado del paciente o médico, proveedor de atención médica o farmacéutico.
- Divulgar cualquier PHI obtenida de las fuentes mencionadas anteriormente a terceros, si así lo requiere la ley, o realizar encuestas, grupos focales o entrevistas relacionadas con el diagnóstico del paciente y la efectividad del Programa.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que hacerlo no afectará la capacidad del paciente para recibir FILSPARI (esparsetán) u obtener seguro o cobertura de seguro. Esta Autorización vencerá dentro de 10 años o en un período más corto si así lo exige la ley estatal, a menos que la cancele antes llamando al 1-833-345-7727 o escribiendo a Traverre TotalCare, 2250 Perimeter Park Dr, Suite 300, Morrisville, NC 27560. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización, previa solicitud. Para conocer los derechos de privacidad y las opciones específicas de los residentes de California, consulte la política de Traverre en <https://traverre.com/privacy/california-privacy-policy>.

La revocación de esta Autorización prohibirá la divulgación de PHI después de la fecha en que el Programa reciba la revocación por escrito, excepto si ya se han tomado medidas con respecto a esta Autorización. Después de revocar esta Autorización, la PHI del paciente puede divulgarse entre Traverre y la empresa o empresas que ayudan a Traverre a administrar los servicios para mantener registros de la participación del paciente, pero no se divulgará ni utilizará de otra manera.

Entiendo que la farmacia que puede administrar algunos de los Servicios puede recibir un pago de Traverre como fabricante a cambio de compartir de forma segura la PHI del paciente con las empresas que administran los Servicios.

➔ **Firma del paciente o representante legal\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha\*:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Representante legal en letras de imprenta: \_\_\_\_\_


Parentesco con el Paciente (si corresponde): \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:  inglés  español  otro: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido:  teléfono  correo electrónico  mensaje de texto

**Al marcar esta casilla, también autorizo a Traverre y a mi Aseguradora y a los Proveedores Responsables a que se comuniquen conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono, mensaje de texto o comunicación alternativa para analizar y recibir comunicaciones de marketing, invitaciones para participar en investigaciones, materiales educativos, servicios de apoyo al tratamiento e iniciativas de participación de pacientes diseñadas para personas que toman Filspari, incluido el apoyo y asesoramiento nutricional. Reconozco y acepto que los mensajes de texto pueden contener información médica protegida (PHI). Los mensajes de texto no son un método seguro de comunicación y conllevan cierto riesgo de que un tercero los lea. Se pueden aplicar tarifas de mensajería y datos, y los términos y la información de privacidad están disponibles en <https://traverre.com/terms-and-conditions>. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. El retiro del consentimiento para los mensajes de texto se puede realizar respondiendo a los mensajes con la palabra STOP.**

Es obligatoria la documentación del poder notarial si la firma es de un adulto que no sea el paciente. Puede enviar los documentos por fax al 1-888-381-0625 o llamar al 1-833-345-7727 para obtener más ayuda. NOTA: La inscripción no se puede procesar sin una firma válida.

Envíenos un correo a:

 Traverre TotalCare  
2250 Perimeter Park Drive, Suite 300  
Morrisville, NC 27560



Llámenos al  
1-833-345-7727  
De lunes a viernes de 8am a 8pm, hora del este



Envíenos un fax al  
1-888-381-0625