

# Programa de apoyo al paciente de Janssen

## Formulario de autorización del paciente

**Los pacientes deben leer la Autorización del paciente, marcar las casillas de permiso deseadas y devolver ambas páginas del formulario al Programa de apoyo al paciente de Janssen.**

- Descargue una copia, imprímala, marque las casillas deseadas y firme. Su proveedor de atención médica puede escanear el formulario completado y cargarlo en el Portal del proveedor, o puede enviarlo por fax al 877-370-0142 o por correo postal a Janssen CarePath, PO Box 15510, Pittsburgh, PA 15244.

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** \_\_\_\_\_

**Dirección del paciente** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

Doy permiso para que cada uno de mis “Proveedores de atención médica” (p. ej., mis médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros proveedores de atención médica y su personal) y “Aseguradoras” (p. ej., mis planes de seguro médico) compartan mi Información médica protegida, tal como se describe en este formulario.

Mi “Información médica protegida” incluye toda la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro médico.

Se autoriza a la(s) siguiente(s) persona(s) o clase de persona(s) a recibir y utilizar mi Información médica protegida (colectivamente “Janssen”):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes;
- los proveedores de otras fuentes de financiación, incluidas las fundaciones y los proveedores de asistencia de copago
- los proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente, incluidos los subcontratistas o los Proveedores de Atención Médica que ayudan a Janssen a ejecutar los programas
- los proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan señales de identificación, agregan o analizan datos de los programas de apoyo al paciente de Janssen

Además, doy permiso a Janssen para que reciba, use y comparta mi Información médica protegida con el fin de:

- determinar si califico, inscribirme, comunicarse conmigo y brindarme servicios relacionados con los programas de apoyo al paciente de Janssen, incluidos los servicios a domicilio
- manejar los programas de apoyo al paciente de Janssen
- darme materiales educativos y adherencia, información y recursos relacionados con mi medicamento de Janssen en relación con los programas de apoyo al paciente de Janssen

# Programa de apoyo al paciente de Janssen

## Formulario de autorización del paciente

- comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con el acceso, el reembolso y el cumplimiento de mi medicamento de Janssen, y para comunicarle a mi Proveedor de atención médica que estoy participando en los programas de apoyo al paciente de Janssen
- verificar, ayudar y coordinar mi cobertura de mi medicamento de Janssen con mis aseguradoras y proveedores de atención médica
- coordinar la receta o la ubicación del tratamiento y la programación asociada
- realizar análisis para ayudar a Janssen a evaluar, crear y mejorar sus productos, servicios y atención al cliente para los pacientes a los que se han recetado medicamentos de Janssen
- compartir y dar acceso a la información creada por los programas de apoyo al paciente de Janssen que puedan ser útiles para mi atención médica

Entiendo que Janssen podrá compartir mi Información médica protegida para los usos escritos en este formulario con:

- mis aseguradoras
- mis proveedores de atención médica
- cualquiera de las personas a las que se les ha dado permiso para recibir y utilizar mi Información médica protegida como se ha mencionado anteriormente
- cualquier persona a la que doy permiso como contacto adicional

Janssen y los demás destinatarios de los datos mencionados en este formulario pueden compartir información sobre mí según lo permitido en este formulario o si se elimina cualquier información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información, pero una vez que mi Información médica protegida se divulgue tal como se permite en este formulario, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato de mis proveedores de atención médica o aseguradoras para conmigo. Si no firmo este formulario, o cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los programas de apoyo al paciente de Janssen.

Entiendo que Janssen puede pagar por sus servicios y datos a las farmacias que suministran y envían mi medicamento y a los proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente. Esto puede incluir el pago por compartir información médica protegida y otros datos en relación con estos programas, según lo permitido en este formulario.

Este formulario será válido por 10 años a partir de la fecha de la firma, excepto cuando la legislación estatal requiera un tiempo más corto o hasta que deje de participar en cualquier programa de apoyo al paciente de Janssen. La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines establecidos en este formulario.

# Programa de apoyo al paciente de Janssen

## Formulario de autorización del paciente

Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga este formulario en cualquier momento comunicándoselo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, PO Box 15510, Pittsburgh, PA 15244.

También puedo cancelar mi permiso informando por escrito a mis proveedores de atención médica y aseguradoras de que no quiero que compartan ninguna información con Janssen.

Entiendo además que si cancelo mi permiso, no afectará la forma en que Janssen utiliza y comparte mi Información médica protegida recibida por Janssen antes de mi cancelación.

Comprendo que podré solicitar una copia de este formulario.

### Permiso para comunicaciones fuera de los programas de apoyo al paciente de Janssen:

- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con mi medicamento de Janssen.
- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de Janssen.

Para obtener información sobre los derechos de privacidad y las opciones específicas de los residentes de California, consulte el aviso de privacidad de Janssen disponible en el sitio web

<https://www.janssen.com/us/privacy-policy#california>

### Permiso para comunicaciones por mensaje de texto:

- Sí, me gustaría recibir mensajes de texto. Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto, según lo permitido por este formulario, al número de teléfono móvil que aparece a continuación. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los programas de apoyo al paciente de Janssen ni para recibir ninguna otra comunicación que haya seleccionado.

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Firma del paciente aquí:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar abajo:

**Por:** \_\_\_\_\_ **Nombre en imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

**Describe la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas para el paciente**