

¿Por qué debo firmar este Formulario?

Este Formulario permite a sus Proveedores de atención médica usar y compartir su información médica con los programas de apoyo al paciente ofrecidos por Johnson & Johnson.

Sección 1 ¿Qué información médica comparto y con quién?

Otorgo permiso para que mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras (p. ej., mis planes de seguro médico) compartan mi Información médica protegida, según se describe en este Formulario.

 **Mi Información médica protegida incluye la información relacionada con:** mi afección médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro de salud

 **Mis Proveedores de atención médica pueden incluir:** médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros proveedores de atención médica y miembros del personal en los consultorios de mis proveedores de atención médica

Doy permiso para que estas personas o grupos reciban y usen mi Información médica protegida (en conjunto, "J&J"):

- Johnson & Johnson Health Care Systems, Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes
- Proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente. Esto incluye subcontratistas o proveedores de atención médica que ayudan a J&J a llevar a cabo los programas
- Proveedores de otras fuentes de financiamiento. Esto incluye fundaciones y proveedores de asistencia con copagos
- Proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan señales de identificación, agregan o analizan datos de los programas de apoyo de J&J

 **J&J puede compartir la Información médica protegida con estas personas y grupos:** mis Aseguradoras, mis Proveedores de atención médica, cualquier otra persona a la que se le haya otorgado permiso para recibir y utilizar mi Información médica protegida (como se mencionó anteriormente), cualquier persona a la que dé permiso como contacto adicional y proveedores de servicios que revisen datos de los programas de apoyo al paciente de J&J

 **J&J y los demás grupos incluidos en este Formulario pueden compartir información sobre mí de 2 maneras:** según lo permitido en este Formulario, y si se elimina cualquier información que me identifique de lo que se ha compartido

Sección 2 ¿Cómo puede ayudar el permiso con los programas de apoyo al paciente y el acceso?

Doy permiso a J&J para que reciba, use y comparta mi Información médica protegida con el fin de:

- Determinar si cumpla los requisitos para los programas de apoyo al paciente de J&J, inscribirme en ellos, comunicarse conmigo con respecto a dichos servicios y para proporcionármelos. Esto incluye los servicios a domicilio
- Manejar los programas de apoyo al paciente de J&J
- Darme recursos e información relacionados con mi medicamento de J&J en relación con los programas de apoyo al paciente de J&J. Esto incluye materiales educativos y de seguimiento del tratamiento
- Comunicarse con mis Proveedores de atención médica sobre el acceso, el reembolso y el suministro de mi medicamento de J&J
- Informar a mi Proveedor de atención médica que estoy inscrito en los programas de apoyo al paciente de J&J
- Ayudar a verificar y coordinar la cobertura de los medicamentos de J&J con mis Aseguradoras y Proveedores de atención médica
- Ayudar con las recetas o la ubicación del tratamiento y la programación asociada
- Realizar análisis para ayudar a J&J a evaluar, crear y mejorar sus servicios y productos de apoyo al paciente para los pacientes a los que se prescriben medicamentos de J&J
- Compartir información de los programas de apoyo al paciente de J&J que puedan ser útiles para mi atención

Sección 3

¿Qué debo entender antes de firmar este Formulario?

Entiendo que:

-  J&J hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información. Sin embargo, una vez que mi Información médica protegida se divulgue según lo permitido en este Formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad
-  No tengo obligación de firmar este Formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato que recibo de mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras. Si no firmo este Formulario, o si cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los programas de apoyo al paciente de J&J
-  J&J puede pagar a los siguientes grupos por sus servicios y datos, incluida la Información médica protegida:
 - Farmacias que dispensan y envían mi medicamento
 - Proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente de J&J
-  Este Formulario permanecerá vigente durante 10 años a partir de la fecha en que firme a continuación, excepto:
 - Si la ley estatal exige un período más corto
 - Si ya no participo en ningún programa de apoyo al paciente de J&J

-  La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines indicados en este Formulario
 - Puedo cancelar los permisos que otorga este Formulario en cualquier momento comunicándolo a J&J por escrito a: J&J withMe, 6931 Arlington Road, Suite 400, Bethesda, MD 20814
 - 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 J&J
 - Si cancelo mi permiso, ello no afectará la forma en que J&J utiliza y comparte mi Información médica protegida recibida por J&J antes de yo cancelara
 - Puedo solicitar una copia de este Formulario

Sección 4

Completar la información personal y firmar el Formulario de autorización del paciente

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Dirección de correo electrónico _____ Número de teléfono _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

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

Por _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

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

Describa la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente: _____

Consulte la página 3 para obtener recursos útiles e instrucciones para completar y devolver este Formulario.



Visite JNJwithMe.com para obtener información sobre los programas de apoyo al paciente de J&J



Pueden aplicarse tarifas de datos.



Recursos útiles en los que puede inscribirse (opcional)

Permiso para comunicaciones fuera de los programas de apoyo al paciente de J&J:

- ☐ Sí, me gustaría recibir comunicaciones sobre mi medicamento de J&J
- ☐ Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de J&J

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 tarifas de datos y por mensajes. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no tengo obligación de otorgar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los programas de apoyo al paciente de J&J ni para recibir cualquier otra comunicación que haya seleccionado.
Número de teléfono móvil: _____

Para conocer los derechos de privacidad y las opciones específicas para los residentes de California, Colorado, Connecticut, Utah, Virginia y Washington, consulte el Aviso complementario de privacidad de J&J para EE. UU. disponible en [InnovativeMedicine.JNJ.com/us/privacy-policy#supplemental](https://www.innovativemedicine.jnj.com/us/privacy-policy#supplemental)

Cómo completar y devolver el Formulario de autorización del paciente



Firme y devuelva las páginas 1 y 2 de este Formulario a: (Si se seleccionan recursos opcionales, complete y devuelva la página 3)

 Fax: 866-279-0669

 J&J withMe
6931 Arlington Road, Suite 400
Bethesda, MD 20814



O firme electrónicamente un Formulario digital:

 En el consultorio de su proveedor de atención médica

 En [PAHconsent.com](https://www.pahconsent.com) o escanee este código QR



Pueden aplicarse tarifas de datos.