

Autorización y consentimiento del paciente

Nombre del paciente: _____

Lea lo siguiente. Si acepta, firme y feche las correspondientes secciones a continuación. Este es un documento legal y, como tal, el paciente, o el representante legal del paciente, debe otorgar el consentimiento. El paciente debe firmar con su propio nombre. Si el paciente no puede firmar y un representante legal del paciente firma el documento, el representante legal debe firmar con su propio nombre y adjuntar una prueba de que representa al paciente, como un poder notarial u otro documento legal.

I. Autorización para compartir información médica

Al firmar esta Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica, a mi compañía de seguros y a mis proveedores de farmacia ("Entidades de atención médica") a divulgar a US WorldMeds y a las compañías, que trabajan con US WorldMeds que pueden llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta, "US WorldMeds"), mi información de contacto, información médica relacionada con mi afección médica en la medida que sea necesario para respaldar el tratamiento, lo que también puede incluir la identificación de cualquier evaluación de posibles interacciones del fármaco y alergias, y la cobertura del seguro para US WorldMeds a fin de (i) brindarme servicios de apoyo (que pueden llevar la marca Circle of Care™) e información y materiales sobre cualquiera de los productos de US WorldMeds, que incluyen entre otros, apoyo educativo brindado en persona, en línea o por teléfono, servicios de asistencia financiera, servicios para el cumplimiento con los medicamentos; (ii) llevar a cabo la analítica de datos, la investigación de mercado y otras actividades comerciales internas que incluyen entre otras, la evaluación de servicios brindados; y (iii) proporcionarme información sobre los productos, servicios y programas de US WorldMeds, así como también sobre otros temas de interés para comercialización, educación u otros propósitos. Una vez que mi información médica se haya divulgado a US WorldMeds, comprendo que las leyes federales de privacidad ya no protegerán la información y que la información podrá estar sujeta a otras divulgaciones por parte de US WorldMeds. Sin embargo, US WorldMeds acepta proteger mi información médica al usarla y divulgarla solamente para los fines autorizados en este documento de Autorización y consentimiento del paciente, o según lo exigido por la ley o las reglamentaciones.

Comprendo que mi proveedor de farmacia puede recibir una remuneración por parte de US WorldMeds a cambio de compartir información relacionada con cualquier servicio que la farmacia pueda brindarme.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y comprendo además que mi tratamiento (que incluye un producto de US WorldMeds), el pago para el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados por mi aceptación de firmar esta Autorización. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, o más adelante la cancelo, no podré recibir ningún servicio de apoyo de US WorldMeds incluidos aquellos que llevan la marca Circle of Care™.

Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, mediante el envío de una carta por correo postal a: Circle of Care/US WorldMeds, c/o CareMetx, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, MD 20814. La cancelación de esta Autorización pondrá fin a mi consentimiento para otras divulgaciones de mi información médica a US WorldMeds por parte de mis Entidades de atención médica después de que hayan sido notificadas de mi cancelación; sin embargo, esto no afectará las divulgaciones anteriores realizadas por ellas en virtud de esta Autorización. La cancelación de esta Autorización no afectará mi capacidad de recibir tratamiento, el pago por el tratamiento ni mi elegibilidad para el seguro médico.

Esta Autorización vence el 31 de diciembre de 2028 o en un marco de tiempo más corto según lo exigido por la ley aplicable, a partir del día de la firma según lo indique la fecha junto a mi firma, a menos que de otro modo se cancele antes, de acuerdo con lo establecido anteriormente.

He leído, comprendo y acepto los términos anteriormente mencionados en la sección I, Autorización para compartir información médica.

FIRME AQUÍ

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

II. Consentimiento para la comunicación acerca de los servicios para el paciente y comercialización/otras comunicaciones

Servicios para el paciente: autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds, cualquiera de las cuales puede llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta "US WorldMeds"), a brindarme servicios de apoyo relacionados con cualquiera de los productos de US WorldMeds que incluyen, entre otros, los siguientes: servicios educativos de apoyo brindados en persona, en línea o por teléfono, servicios de asistencia financiera, servicios para el cumplimiento con los medicamentos, así como también cualquier información o material en relación con esos servicios. Autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds a comunicarse conmigo para brindarme esos servicios e información por correo postal, correo electrónico, fax, llamadas telefónicas, mensajes de texto (que incluyen llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema de discado telefónico automático o una voz pregrabada) y otros medios aceptados de mutuo acuerdo. También autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds a usar mi información médica con relación a los servicios, lo que incluye, sin limitación, compartir esa información con mi proveedor de atención médica, el proveedor de seguros o la farmacia. También autorizo la divulgación de mi información médica a personas específicas que yo haya designado.

Comercialización/otras comunicaciones: además, autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds, cualquiera de las cuales puede llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta "US WorldMeds"), a comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica y mensaje de texto para fines de comercialización o, de otro modo, proporcionarme información sobre los productos servicios y programas de US WorldMeds, así como también sobre otros temas de interés, realizar investigación de mercado o, de otro modo, preguntarme sobre mi experiencia con esos temas o mi opinión al respecto. Comprendo y acepto que cualquier información que proporcione, puede ser usada por US WorldMeds para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Se debe tener en cuenta que US WorldMeds no venderá ni transferirá mis datos personales a ningún tercero relacionado para fines de comercialización sin mi expreso permiso. Comprendo que puede revocar este consentimiento y elegir no recibir servicios ni información de US WorldMeds mediante el envío de una carta a la dirección establecida anteriormente en la Sección I de este documento de Autorización y consentimiento del paciente.

He leído, comprendo y acepto los términos anteriormente mencionados en la Sección II, Consentimiento para la comunicación acerca de los servicios para el paciente y comercialización/otras comunicaciones.

FIRME AQUÍ

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Correo electrónico _____

(OPCIONAL): además, autorizo la divulgación de mi información médica a la(s) siguiente(s) persona(s) designada(s):

**ESCRIBA
AQUÍ**

Persona designada (nombre en letra de imprenta)

Relación

Correo electrónico _____

USWM-AP499-0717

Envíe esta página por fax al: 1-888-525-2431

Proporcione al paciente la siguiente página, Autorización y consentimiento del paciente, e información de seguridad importante.

Autorización y consentimiento del paciente

Este es un documento legal y, como tal, el paciente, o el representante legal del paciente, debe otorgar el consentimiento. El paciente debe firmar con su propio nombre. Si el paciente no puede firmar y un representante legal del paciente firma el documento, el representante legal debe firmar con su propio nombre y adjuntar una prueba de que representa al paciente, como un poder notarial u otro documento legal.

I. Autorización para compartir información médica

Al firmar esta Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica, a mi compañía de seguros y a mis proveedores de farmacia (“Entidades de atención médica”) a divulgar a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds que pueden llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta, “US WorldMeds”), mi información de contacto, información médica relacionada con mi afección médica en la medida que sea necesario para respaldar el tratamiento, lo que también puede incluir la identificación de cualquier evaluación de posibles interacciones del fármaco y alergias, y la cobertura del seguro para US WorldMeds a fin de (i) brindarme servicios de apoyo (que pueden llevar la marca Circle of Care™) e información y materiales sobre cualquiera de los productos de US WorldMeds, que incluyen entre otros, apoyo educativo brindado en persona, en línea o por teléfono, servicios de asistencia financiera, servicios para el cumplimiento con los medicamentos; (ii) llevar a cabo la analítica de datos, la investigación de mercado y otras actividades comerciales internas que incluyen entre otras, la evaluación de servicios brindados; y (iii) proporcionarme información sobre los productos, servicios y programas de US WorldMeds, así como también sobre otros temas de interés para comercialización, educación u otros propósitos. Una vez que mi información médica se haya divulgado a US WorldMeds, comprendo que las leyes federales de privacidad ya no protegerán la información y que la información podrá estar sujeta a otras divulgaciones por parte de US WorldMeds. Sin embargo, US WorldMeds acepta proteger mi información médica al usarla y divulgarla solamente para los fines autorizados en este documento de Autorización y consentimiento del paciente o según lo exigido por la ley o las reglamentaciones.

Comprendo que mi proveedor de farmacia puede recibir una remuneración por parte de US WorldMeds a cambio de compartir información relacionada con cualquier servicio que la farmacia pueda brindarme.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y comprendo además, que mi tratamiento (que incluye un producto de US WorldMeds), el pago para el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados por mi aceptación de firmar esta Autorización. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, o más adelante la cancelo, no podré recibir ningún servicio de apoyo de US WorldMeds incluidos aquellos que llevan la marca Circle of Care™.

Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, mediante el envío de una carta por correo postal a: Circle of Care/US WorldMeds, c/o CareMetx, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, MD 20814. La cancelación de esta Autorización pondrá fin a mi consentimiento para otras divulgaciones de mi información médica a US WorldMeds por parte de mis Entidades de atención médica después de que hayan sido notificadas de mi cancelación; sin embargo esto no afectará las divulgaciones anteriores realizadas por ellas en virtud de esta Autorización. La cancelación de esta Autorización no afectará mi capacidad de recibir tratamiento, el pago por el tratamiento ni mi elegibilidad para el seguro médico.

Esta Autorización vence el 31 de diciembre de 2028 o en un marco de tiempo más corto según lo exigido por la ley aplicable, a partir del día de la firma según lo indique la fecha junto a mi firma, a menos que de otro modo se cancele antes, de acuerdo con lo establecido anteriormente.

He leído, comprendo y acepto los términos anteriormente mencionados en la sección I, Autorización para compartir información médica.

II. Consentimiento para la comunicación acerca de los servicios para el paciente y comercialización/otras comunicaciones

Servicios para el paciente: autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds, cualquiera de las cuales puede llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta “US WorldMeds”), a brindarme servicios de apoyo relacionados con cualquiera de los productos de US WorldMeds que incluyen, entre otros, los siguientes: servicios educativos de apoyo brindados en persona, en línea o por teléfono, servicios de asistencia financiera, servicios para el cumplimiento con los medicamentos, así como también cualquier información o material en relación con esos servicios. Autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds a comunicarse conmigo para brindarme esos servicios e información por correo postal, correo electrónico, fax, llamadas telefónicas, mensajes de texto (que incluyen llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema de discado telefónico automático o una voz pregrabada) y otros medios aceptados de mutuo acuerdo. También autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds a usar mi información médica con relación a los servicios, lo que incluye, sin limitación, compartir esa información con mi proveedor de atención médica, el proveedor de seguros o la farmacia. También autorizo la divulgación de mi información médica a personas específicas que yo haya designado.

Comercialización/otras comunicaciones: además, autorizo a US WorldMeds y a las compañías que trabajan con US WorldMeds, cualquiera de las cuales puede llevar la marca Circle of Care™ (en forma conjunta “US WorldMeds”), a comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica y mensaje de texto para fines de comercialización o, de otro modo, proporcionarme información sobre los productos servicios y programas de US WorldMeds, así como también sobre otros temas de interés, realizar investigación de mercado o, de otro modo, preguntarme sobre mi experiencia con esos temas o mi opinión al respecto. Comprendo y acepto que cualquier información que proporcione, puede ser usada por US WorldMeds para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Se debe tener en cuenta que US WorldMeds no venderá ni transferirá mis datos personales a ningún tercero relacionado para fines de comercialización sin mi expreso permiso. Comprendo que puede revocar este consentimiento y elegir no recibir servicios ni información de US WorldMeds mediante el envío de una carta a la dirección establecida anteriormente en la Sección I de este documento de Autorización y consentimiento del paciente.

He leído, comprendo y acepto los términos anteriormente mencionados en la Sección II, Consentimiento para la comunicación acerca de los servicios para el paciente y comercialización/otras comunicaciones.