

Autorización del paciente para usar y divulgar información médica protegida

Autorizo a los proveedores de atención médica y a su personal que participa en mi cuidado a divulgar mi información médica protegida (tal como se define a continuación), incluidos, entre otros, mi historia clínica y otra información de salud del formulario de declaración de necesidad médica que completé o de otros formularios, registros que podrían incluir información creada por otras personas, entidades, médicos y proveedores de atención médica, además de información sobre el diagnóstico y el tratamiento de VIH/SIDA, incluidos los resultados de análisis de VIH e información sobre el uso de servicios de tratamiento por drogodependencia, y servicios de salud mental (sin incluir notas de psicoterapia) (en conjunto, “información médica protegida”), a Theratechnologies Inc. y sus agentes, representantes y proveedores de servicios directos e indirectos (en conjunto, “Theratechnologies”), para que Theratechnologies pueda:

1. permitir que se surta mi receta para productos de Theratechnologies, además de ocuparse de su entrega y administración, incluida la divulgación o redivulgación de información médica protegida a farmacias;
2. ayudarme a obtener cobertura de seguro para productos de Theratechnologies, incluidos la divulgación y redivulgación de información médica protegida a planes de salud, y
3. comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico y/o teléfono para inscribirme en programas que brinden servicios de asistencia, y administrarlos.

☐ **Además, al marcar esta casilla, autorizo a Theratechnologies a:**

4. brindarme materiales educativos informativos y de comercialización gratuitos, y
5. llevar a cabo encuestas para medir mi satisfacción con los productos y servicios de Theratechnologies.

Para lograr estos propósitos, autorizo a Theratechnologies a compartir información, incluida información sobre VIH/SIDA, entre las entidades definidas en esta autorización como Theratechnologies. Comprendo que, una vez que mi

información médica protegida sea divulgada de conformidad con esta autorización, podría dejar de estar protegida por las leyes y regulaciones federales de privacidad conocidas como Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) o por las leyes de privacidad estatales, y podría ser objeto de mayor divulgación por parte de Theratechnologies y terceros con quienes Theratechnologies pueda compartir la información. Sin embargo, otras leyes estatales y federales podrían prohibir que el receptor divulgue información especialmente protegida, como cierta información relacionada con el VIH/SIDA, información sobre tratamiento por drogodependencia e información sobre salud mental. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi capacidad de recibir productos de Theratechnologies, tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para los beneficios, pero mi negación puede limitar la capacidad de recibir ciertos servicios de asistencia que brinda Theratechnologies.

Comprendo que los proveedores de atención médica podrían recibir compensación, remuneración u otros valores por usar y divulgar mi información médica protegida, como se describe en la presente autorización.

Comprendo que esta autorización estará vigente por 10 años desde la fecha de mi firma, a menos que sea limitada por leyes o reglamentaciones estatales, o que yo la revoque antes por escrito contactando a Theratechnologies c/d Syneos Health, 500 Atrium Drive, Somerset, NJ 08873.

Si revoco esta autorización, los proveedores de atención médica dejarán de usar mi información médica protegida para los fines descritos en esta autorización, pero esto no afectará el uso o la divulgación anteriores de mi información médica protegida en virtud de esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Comprendo que los servicios de asistencia proporcionados por Theratechnologies que se describen en esta autorización pueden cambiar en cualquier momento, sin notificación previa.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ MM/DD/AA
 Dirección _____ Teléfono _____
 Haga clic aquí para firmar electrónicamente esta autorización _____ Fecha _____ MM/DD/AA
 Si usted es el representante del paciente, haga clic aquí e identifique su relación con el paciente y qué autoridad tiene _____

NOTIFICACIÓN AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN:

Información relacionada con el VIH: en la medida en que usted recibe información relacionada con el VIH, dicha información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad podría estar protegida por leyes federales y estatales. Dichas leyes podrían prohibir que usted vuelva a divulgar la información relacionada con el VIH sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o como esté permitido por dichas leyes. Al obtener ese consentimiento por escrito, usted debe identificar explícitamente que se está divulgando información relacionada con el VIH (por ejemplo, una autorización general para la divulgación de un expediente médico entero **NO** es suficiente para este fin). Una divulgación oral deberá estar acompañada o seguida por dicha notificación dentro de los 10 días.

EGRIFTA es una marca comercial registrada de Theratechnologies Inc. THERA patient support es una marca comercial de Theratechnologies Inc.

© 2018 Theratechnologies Inc. Todos los derechos reservados.

416-01-04/18