

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

PARA HUMATROPE® (somatropina [origen ADNr] inyectable)

Usted (el/la paciente, padre, madre o tutor legal) ha expresado un interés en la terapia de Humatrope® (somatropina [origen ADNr] inyectable) ("Humatrope") para el siguiente individuo (el cual en adelante será referido en esta Autorización como "usted", "su", "sus", "mi" o "mis"):

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Eli Lilly and Company, en conjunto con sus agentes ("Lilly"), puede proveerle servicios en forma gratuita a usted y en su nombre durante el proceso de búsqueda de reembolso para la terapia de Humatrope, y durante la terapia con Humatrope ("Servicios"). Estos servicios pueden incluir:

- Ayudarle a sus proveedores de cuidado médico a completar y procesar los documentos necesarios para calificarle para la terapia de Humatrope; y
- Proveerle entrenamiento personal sobre el uso del dispositivo de Humatrope

Para que podamos proveerle de estos Servicios, Lilly necesitará utilizar su información de salud (conocida como "Información Protegida de Salud" o "PHI" por sus siglas en inglés) y compartir su información PHI con otros. Esta autorización ("Autorización") le permitirá a sus proveedores de cuidado médico, de planes de salud y a los aseguradores ("Proveedores") que mantienen información protegida PHI acerca de usted, a divulgar su PHI a Lilly para que Lilly pueda proveerle los Servicios. Esta Autorización también le permite a sus Proveedores el divulgar su información PHI con los sucesores de Lilly o cualquiera de los agentes de Lilly involucrados en la administración de los Servicios. Esta autorización le permitirá a Lilly y a sus agentes utilizar su información PHI y compartirla con otros, de la manera necesaria para proveerle los Servicios. Lilly sólo utilizará y compartirá su PHI como se describe en esta Autorización, o de la manera que permita la Ley.

Al firmar esta autorización, usted le da permiso a los Proveedores para divulgar a Lilly cualquier información PHI suya en posesión de ellos – ya sea en forma escrita, electrónica o verbal – incluyendo, pero no limitado a, toda información médica y quirúrgica, información acerca de enfermedades contagiosas, archivos de tratamiento por abuso de drogas o alcohol, archivos de salud mental, información acerca de facturación y pagos, información acerca de su cobertura de seguro, e información que le identifica a usted, incluyendo su nombre, dirección, fecha de nacimiento, y número de Seguro Social. La información PHI que Lilly necesita utilizar y compartir podrá incluir PHI que Lilly ya posea o que reciba en el futuro.

Al firmar esta autorización, usted comprende que:

- (a) Esta autorización permanecerá en efecto por 36 meses (al menos que de otra forma lo limite la Ley Estatal), o hasta que usted la revoque por escrito como se describe aquí. Usted podrá revocar esta Autorización antes de su fecha de expiración al enviar una notificación por escrito a sus Proveedores y también a Eli Lilly & Co., c/o Humatrope Hotline, Lilly Corporate Center, Drop Code 5114, Indianápolis, IN 46285; ó vía fax al 317-276-8913. Tenga presente que su revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones que los Proveedores o Lilly hayan tomado cuando contaban con esta Autorización antes de recibir su revocación, o sobre cualquier uso o divulgación de su PHI que el Proveedor o Lilly hayan hecho antes de recibir la revocación.
- (b) Esta Autorización es voluntaria. Si usted decide no firmar esta Autorización, su habilidad para obtener tratamiento por medio del Proveedor y su elegibilidad de beneficios bajo su plan de salud no serán afectados. Sin embargo, si usted decide no firmar esta Autorización, Lilly posiblemente no podrá proveerle a usted o por parte suya los Servicios descritos en esta Autorización. Por ejemplo, si usted decide no firmar esta Autorización, Lilly no podrá proveerle la educación personalizada acerca del Humatrope y su administración. Además, Lilly no podrá ayudarle a su proveedor de cuidado médico a completar y procesar los documentos necesarios para calificarle para la terapia de Humatrope y reembolso, y dicha calificación podrá ser retrasada o no ocurrir. Esto podría resultar en que usted tenga que pagar por ciertos productos con sus propios fondos.
- (c) Una vez que su información PHI es compartida, se harán los esfuerzos necesarios para protegerla, pero algunos de los que reciban dicha información puede que no estén sujetos a las leyes de privacidad estatales y federales. En esos casos, su información PHI no podrá estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales y podrá ser divulgada sin estar sujeta a tales leyes.

Autorización y firma:

He leído y comprendo los términos de esta Autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a mis Proveedores acerca del uso y divulgación de mi información PHI. Con mi firma abajo, estoy autorizando el uso y/o divulgación de mi información PHI en la manera descrita en esta Autorización. También me comprometo a notificar a Lilly y a mis Proveedores acerca de cualquier cambio en mi información, incluyendo mi dirección, número de teléfono y cobertura de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Si está firmando esta Autorización como representante de la persona que recibe el Humatrope, favor establezca su autoridad para hacerlo (por ej. "madre", "padre" o "tutor legal") : _____

Por favor regrese una copia firmada de este formulario a la oficina de su endocrinólogo.