

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Genentech
A Member of the Roche Group

Access
Solutions

Genentech-Access.com
Teléfono: (866) 422-2377 Fax: (866) 480-7762
6 a.m.–5 p.m. (hora del Pacífico) L-V

M-US-00003776(v3.0)

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario, usted puede:



Obtener más información sobre la cobertura de su seguro médico y otras opciones para conseguir medicamentos de Genentech



Registrarse para recibir educación **opcional** sobre enfermedades y otros materiales

Siga estos 3 pasos para empezar:

1. Lea la “Autorización para Usar y Divulgar Información Personal” en la página 2.
2. Firme y feche la página 3. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener asistencia con su tratamiento.
3. Envíe el formulario completo utilizando una de las opciones a continuación.

Genentech puede comenzar a darle asistencia cuando usted o el consultorio de su médico envíen la **página 3** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Para completar en línea, escanee este código QR o visite Genentech-Access.com/PatientConsent



Imprímala, complétela, tome una fotografía y envíela por mensaje de texto al (650) 877-1111



Imprímala, complétela y envíela por fax al (866) 480-7762

Un representante de Genentech Access Solutions o del consultorio de su médico lo llamará para informarle sobre su cobertura, costos y la asistencia para su tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica o llame a Genentech Access Solutions al (866) 422-2377.

Terminología Útil

Genentech: El fabricante del medicamento que su médico quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su médico les recetó. En este formulario, el término “Genentech” se refiere a Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, afiliados, subcontratistas y agentes.

Genentech Access Solutions: Un equipo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a obtener sus medicamentos.

Genentech Patient Foundation: Un programa que da medicamentos de Genentech gratis a personas elegibles que no tienen cobertura de seguro o que tienen problemas financieros.

Ingreso anual del hogar: La cantidad que usted y los miembros de su familia ganan actualmente cada año menos las deducciones específicas. Esto también se conoce frecuentemente como su ingreso bruto ajustado o AGI, por sus siglas en inglés. Esta información es necesaria y se utiliza solo para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation.

Tamaño del hogar: La cantidad de personas que viven en su hogar, incluyéndolo a usted.

Deducible: El monto que usted paga por servicios de atención médica o medicamentos de su bolsillo antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.

Costos de bolsillo: La cantidad no pagada por el plan de seguro que usted debe pagar por su tratamiento. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros.

Asistencia con los copagos: Programas financieros disponibles para ayudar a los pacientes elegibles a pagar sus medicamentos.

Contacto alternativo: Alguien que usted elige para que sea su persona de contacto en caso de que Genentech Access Solutions no pueda contactarlo.

Representante legalmente autorizado: Una persona o un funcionario judicial u otro organismo autorizado en virtud de la ley correspondiente para otorgar el consentimiento en nombre de un paciente (por ejemplo, un padre o el tutor legal de un menor).

Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation

- Si recibo medicamentos gratis de Genentech Patient Foundation, no los venderé ni distribuiré porque es ilegal. Soy responsable de asegurarme de que los medicamentos lleguen a una dirección segura cuando se me envíen, y debo controlar cualquier medicamento que reciba
- Comprendo que, a los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation podría solicitarme una copia del formulario 1040 del IRS u otro comprobante de ingresos

Autorización para Usar y Divulgar Información Personal

Autorizo a mi(s) médico(s) y su personal, a las farmacias y a mi plan de seguro médico (mis “proveedores de atención médica”) a compartir mi información personal, que podría incluir mi información de contacto, información demográfica, información financiera e información relacionada con mi afección, mis tratamientos, mi seguro médico y los beneficios, con Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, afiliados, subcontratistas y agentes (en conjunto, “Genentech”). Autorizo a Genentech a recibir, usar y compartir mi información personal para permitirme acceder a los productos, servicios y programas descritos en este formulario, lo que podría incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para entender la cobertura de los productos Genentech
- Solicitar asistencia a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera y facilitar mi inscripción a estos si reúno los requisitos, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia, un centro de infusión o el consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye comunicarse conmigo para hablar sobre mi cobertura, mis costos y mi elegibilidad para recibir asistencia y otros fines administrativos del programa
- Facilitar mi acceso a los productos de Genentech
- Garantizar la calidad y la seguridad y mejorar nuestros productos y servicios
- Contactarse conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a las direcciones y los números que proporcioné sin fines de comercialización
- Si acepto el Consentimiento **opcional** de Información y Recursos del Paciente, brindarme información **opcional** sobre enfermedades y material de comercialización sobre productos, servicios y programas que ofrecen Genentech, sus socios y sus respectivos afiliados. Esto no es obligatorio para inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions
- Si acepto el Consentimiento **opcional** de la Ley de Protección del Usuario Telefónico (TCPA, por sus siglas en inglés), contactarme mediante llamadas automáticas o mensajes de texto a los números telefónicos que proporcioné con fines de comercialización. Esto no es obligatorio para inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions

Entiendo que Genentech también podría compartir mi información personal con los fines descritos en esta autorización con mis proveedores de atención médica, los proveedores de servicios y cualquier persona que yo designe como contacto alternativo. Entiendo que mi farmacia podría recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal conforme a esta autorización. Puedo decidir no firmar esta autorización, pero Genentech no podrá brindarme los servicios sin esta. Sin embargo, es posible que mis proveedores de atención médica no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios al firmar esta autorización.

También entiendo y acepto lo siguiente:

- Esta autorización tiene una validez de 6 años desde la fecha de mi firma o la fecha de mi última inscripción, lo que suceda primero, a menos que la ley exija un período menor, o que yo la revoque antes
- Mi información personal divulgada en virtud de esta autorización podría no continuar protegida por las leyes estatales y federales, entre otras, la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Genentech usará y compartirá mi información personal exclusivamente con los fines establecidos en esta autorización o según lo permita la ley
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990. Si revoco esta autorización, ya no reuniré los requisitos para recibir los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica divulga mi información personal a Genentech de forma continua y autorizada, mi revocación será válida en relación con dicho proveedor de atención médica cuando este reciba el aviso de mi revocación. Mi revocación no afectará el uso ni la divulgación de mi información personal que ya haya tenido lugar conforme a esta autorización
- La política de privacidad de Genentech (www.gene.com/es/politica-de-privacidad) contiene más información sobre mis derechos relativos a la privacidad, entre otros, los derechos específicos que podría tener como residente de ciertos estados, como California
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Genentech
A Member of the Roche Group

Access
Solutions

Genentech-Access.com

Teléfono: (866) 422-2377 Fax: (866) 480-7762

6 a.m.—5 p.m. (hora del Pacífico) L-V

Campo obligatorio (*) M-US-00003776(v3.0)

Información del Paciente (debe completarla el paciente o su representante legalmente autorizado)

***Nombre:** _____ ***Apellido:** _____

Teléfono fijo: (_____) - _____ Teléfono celular: (_____) - _____

¿Está bien que le dejen un mensaje detallado? Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Contacto Alternativo (opcional) Nombre completo: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) - _____

1 Elegibilidad Financiera: Complete esta sección **solo** si solicita asistencia a Genentech Patient Foundation

Al completar esta sección, acepto los Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation que se detallan en la página 1.

Tamaño del hogar (incluyéndolo a usted): _____ Ingreso anual del hogar: Menos de \$75,000
\$75,000 – \$100,000 \$100,001 – \$125,000 \$125,001 – \$150,000 Más de \$150,000

2 Consentimiento de Información y Recursos del Paciente (OPCIONAL)

Genentech ofrece educación **opcional** y gratuita sobre enfermedades y otros materiales para pacientes. Esto puede incluir información y materiales de comercialización sobre productos, servicios y programas que ofrecen Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. Si se inscribe, es posible que se contacten con usted utilizando la información que proporcionó.

Al marcar esta casilla, acepto recibir materiales educativos **opcionales** sobre enfermedades y otros materiales. Entiendo que proporcionar este acuerdo es un acto voluntario y que no cumple ninguna función en la obtención de servicios ni medicamentos de Genentech Access Solutions. También entiendo que puedo optar por dejar de recibir esta información en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683** y que este consentimiento seguirá activo a menos que lo dé de baja.

Consentimiento para Telephone Consumer Protection Act (Ley de Protección del Usuario Telefónico, TCPA, por sus siglas en inglés) (OPCIONAL)

Al marcar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto y llamadas de comercialización por marcado automático de Genentech, y en su nombre, al número de teléfono suministrado. Entiendo que el consentimiento no es un requisito para ninguna compra o inscripción. La frecuencia de los mensajes podría variar. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos. Puedo optar por dejar de recibir los mensajes en cualquier momento; para ello, debo enviar STOP por mensaje de texto o llamar al **(877) GENENTECH/(877) 436-3683**.

3 Al firmar este formulario, reconozco que la información suministrada es precisa y completa y entiendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, entendido y aceptado divulgar y usar mi información personal conforme a la Autorización para Usar y Divulgar Información Personal y según lo establecido de otro modo en este formulario.

OBLIGATORIO

Firme y coloque la fecha aquí

***Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado** ***Fecha en que se firmó**
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad) (MM/DD/AAAA)

Persona que firma (si no es el paciente)

Nombre en letra de imprenta Apellido en letra de imprenta Relación con el paciente

Una vez que haya completado esta página (3/3), envíe un mensaje de texto con una foto de la página al (650) 877-1111 o por fax al (866) 480-7762. También puede completar este formulario en línea en Genentech-Access.com/PatientConsent.

Si este es un consentimiento electrónico, usted entiende que, al escribir su nombre y la fecha más arriba y al enviarlo o tomar una fotografía y enviarla, brinda su consentimiento de forma electrónica y que este tiene la misma validez que si lo hubiera firmado personalmente en papel. Genentech se reserva el derecho a rescindir, anular o modificar el programa en cualquier momento sin la necesidad de notificarlo previamente.