



Formulario de inscripción del paciente

Bienvenido a Aurinia Alliance™. Para inscribirse, siga los pasos a continuación:

- 1.** Complete su información en **la página 2**. Cada campo es obligatorio. Si necesita ayuda, llame al 1-833-AURINIA para que lo conecten con alguien que pueda ayudarlo a completar el formulario de inscripción.
- 2.** Complete y firme **la página 3**.
- 3.** Envíe por correo postal el formulario completado a Aurinia Alliance PO Box 5490 Louisville, KY 40255, o envíelo por correo electrónico a Support@AuriniaAlliance.com.
- 4.** Una vez que hayamos recibido y procesado su formulario de inscripción, se le asignará un enfermero administrador de casos, que será su contacto exclusivo.

Apoyo exclusivo, personalizado para usted.

¿Tiene preguntas? Llame al 1-833-AURINIA (1-833-287-4642) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o envíe un correo electrónico a Aurinia Alliance a Support@AuriniaAlliance.com para obtener asistencia adicional.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa): _____

Número de teléfono del paciente: _____ - _____ - _____ Correo electrónico del paciente: _____

Código postal del paciente: _____

Autorización para compartir información médica: Al firmar esta autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica, a mi compañía de seguro médico y a mis proveedores de farmacia (“entidades de atención médica”) a divulgar a Aurinia y a las compañías que trabajan con Aurinia (en conjunto, “Aurinia”), información médica relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, para que Aurinia pueda (i) proporcionarme servicios de apoyo (e información y materiales relacionados) en relación con cualquier producto de Aurinia, incluidos, entre otros, ayuda en línea, servicios de asistencia financiera, adhesión y otros servicios de apoyo terapéutico; (ii) realizar análisis de datos, investigación de mercado y otras actividades comerciales internas; y (iii) proporcionarme información sobre productos, servicios y programas de Aurinia. Comprendo que, una vez que mi información médica se haya divulgado a Aurinia, la información dejará de estar protegida por las leyes de privacidad federales. Sin embargo, Aurinia acepta proteger mi información médica al usarla y divulgarla únicamente para los fines autorizados en esta autorización, o según lo exijan la legislación o las reglamentaciones. Comprendo que mi proveedor de farmacia puede recibir una remuneración por parte de Aurinia a cambio de la información médica y/o por cualquier servicio de apoyo terapéutico que se me proporcione. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También comprendo que mi tratamiento (incluido con un producto de Aurinia), el pago del tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no dependen de mi aceptación de firmar esta autorización; pero si no la firmo o la cancelo posteriormente, no podré recibir los servicios de apoyo terapéutico de Aurinia. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-833-AURINIA o enviando una carta a: Aurinia, PO Box 5490, Louisville, KY 40255. La cancelación de esta autorización pondrá fin a mi consentimiento de permitir a mis entidades de atención médica continuar divulgando mi información médica a Aurinia después de haber sido notificadas de mi cancelación, pero no afectará a las divulgaciones anteriores por parte de ellas, de conformidad con esta autorización. La cancelación de esta autorización no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, el pago del tratamiento ni mi elegibilidad para el seguro médico. Esta autorización vence en cinco (5) años a partir de la fecha de la firma, a menos que la legislación estatal exija un período más corto.

Formulario de inscripción del paciente (continuación)

Servicios de apoyo al paciente: Autorizo a Aurinia a comunicarse conmigo para proporcionarme servicios de apoyo relacionados con cualquier producto de Aurinia, incluidos, entre otros, servicios de asistencia financiera, adhesión y otros servicios de apoyo terapéutico, información relevante relacionada con la enfermedad, así como cualquier información o material relacionados con dichos servicios. Comprendo que ningún miembro del personal de enfermería que proporcione apoyo como parte de un programa de Aurinia es empleado de mi proveedor de atención médica. Aurinia puede comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema automático de marcación telefónica o una voz pregrabada) y otros medios mutuamente acordados. También autorizo a Aurinia a usar mi información médica en relación con los servicios y programas, incluido, entre otros, compartir dicha información con mis entidades de atención médica. Además, autorizo la divulgación de mi información médica a personas específicas que he designado a continuación.

Suscripción voluntaria para otros recursos (opcional)

Aurinia desea comunicarse con usted en relación con otros programas y recursos que podrían interesarle. Al marcar esta casilla, autorizo a Aurinia a comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, fax y/o teléfono en relación con otros posibles temas de mi interés, encuestas para clientes u, ocasionalmente, con fines de investigación de mercado. Comprendo que no tengo la obligación de otorgar este consentimiento como condición para recibir algún medicamento de Aurinia o servicio de apoyo al paciente.

He leído y comprendo la Autorización para compartir información médica y los Servicios de apoyo al paciente, y acepto los términos.

Nombre del paciente, en letra de imprenta: _____

Firma del paciente o del representante autorizado: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Si es el representante autorizado:

Nombre, en letra de imprenta: _____

Relación: _____

Especifique los contactos adicionales con los que Aurinia Alliance tiene permitido hablar de su información:

Nombre de contacto adicional: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de contacto adicional: _____

Relación con el paciente: _____