

Formulario de consentimiento e inscripción del paciente

Apoyo dedicado, personalizado para usted.

Aurinia Alliance® es un programa que proporciona apoyo personalizado a través de educación, herramientas y recursos sobre la nefritis lúpica. Para inscribirse, complete este formulario y asegúrese de firmarlo. **Los campos en negrita son obligatorios. Puede enviar su formulario completado mediante una de las siguientes opciones:**

 Por fax a Aurinia Alliance al 1-833-213-1001

 Por correo a PO Box 5490 Louisville, KY 40255

 Por correo electrónico a Support@AuriniaAlliance.com



Escanee aquí para completar este formulario en línea. O visite www.auriniaalliance.com/enroll

Una vez que hayamos recibido y procesado su formulario de inscripción, se le asignará una enfermera administradora de casos, que será su contacto exclusivo.

Nombre del paciente, en letra de imprenta: _____ **Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa):** _____

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

Dirección del paciente: _____

Idioma hablado de preferencia: _____

Nombre del proveedor de atención médica (profesional que extiende recetas): _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica: _____

Por favor especifique cualquier representante autorizado con el que Aurinia Alliance pueda comentar su información:

Nombre del representante autorizado: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Al firmar aquí, doy mi consentimiento al lenguaje de Servicios de apoyo al paciente y al lenguaje de Autorización para compartir información médica (en la página 2) y acepto los términos.

Consentimiento para los 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. Entiendo que ningún miembro del personal de enfermería que brinde 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. Este programa está destinado a residentes de los EE. UU. (6 meses o más), mayores de 18 años y que tengan una dirección postal en los EE. UU.

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.

Nombre del paciente: _____ **Relación:** _____

Firma del paciente: _____ **Fecha de la firma (mm/dd/aaaa):** _____

Formulario de consentimiento e inscripción del paciente (continuación)

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.