

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL PACIENTE (PA)

Instrucciones para el proveedor: Los pacientes deben completar este formulario para poder participar en el Programa.

Yo, _____, autorizo a mi(s) médico(s), otros proveedores de atención médica y a mi plan de salud o aseguradores a dar información médica relacionada con mi uso o necesidad de REMICADE® (infiximab) a The Lash Group, Inc. The Lash Group, Inc. administra AccessOneSM (el "Programa") para Centocor, el fabricante de REMICADE.

Esta información puede incluir datos obtenidos por escrito o verbalmente acerca de mi salud y cualquier beneficio relacionado con los pagos que reciba. Puede incluir copias de registros de mis proveedores de atención médica o planes médicos relacionados con mi salud o la atención médica que recibo.

The Lash Group, Inc. utilizará y revelará esta información a fin de ayudar a encontrar medios para cubrir REMICADE y los servicios relacionados, e implementar AccessOneSM. The Lash Group, Inc. también podrá ofrecer mi información a otros grupos relacionados con este programa, si primero suprimen todo dato de identificación personal que me identifique.

The Lash Group, Inc. utilizará y revelará esta información a fin de determinar si reúno los requisitos para participar en los Programas y para implementarlos. Además, The Lash Group, Inc. puede utilizar y revelar mi información para remitirme a otros programas, otras fundaciones u otras fuentes de financiación o cobertura que estén disponibles para ayudarme con los costos de mis medicamentos. También podrán consultar mi información las personas que trabajen para y con The Lash Group, Inc., pero sólo podrán utilizarla en relación con el Programa, para ayudarme a obtener asistencia con los costos de mis medicamentos o de alguna otra manera exigida o permitida por la ley. Comprendo que harán todo lo posible para mantener mi información de manera confidencial, pero, si dicha información fuese revelada accidentalmente, no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización tendrá vigencia mientras yo participe en el Programa. Si cambio de opinión antes de abandonar el programa, puedo informar por escrito a mis proveedores de atención médica y a mis aseguradores que no deseo que sigan compartiendo mi información con The Lash Group, Inc., pero esto no modificará las medidas tomadas antes de que se les informara esta decisión. Sé que tengo derecho a ver o copiar la información que mis proveedores de atención médica o aseguradores hayan revelado a The Lash Group, Inc.

COMPRENDO QUE PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTE FORMULARIO. Mi decisión de firmar o no este formulario no modificará el trato que reciba de mis proveedores de atención médica o aseguradores. Si me niego a firmarlo, comprendo que probablemente ya no pueda recibir asistencia del Programa.

El paciente debe firmar aquí: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Si el paciente no puede firmar, su representante personal debe firmar a continuación:

Nombre del paciente: _____

Firmado por: _____
(Firma de la persona que representa al paciente)

Describa su relación con el paciente y su autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre:

Se debe entregar una copia de este formulario al paciente.

**Envíe el formulario completo por fax al 1-866-489-5955 o por correo a:
AccessOneSM, P.O. Box 220829, Charlotte, NC 28222-0829**