

Formulario de consentimiento para el paciente/cuidador para su participación en Doptelet

Doptelet Connect es un programa de apoyo al paciente creado por Sobi para proporcionar apoyo individualizado para ayudar a los pacientes adecuados a acceder a Doptelet® (avatrombopag). Doptelet Connect puede ayudar a los pacientes a comprender el proceso de tratamiento y sus opciones financieras, apoyar a los proveedores en las preguntas sobre seguros y reembolsos y ayudar con la coordinación de la atención y el proceso de farmacia especializada.

Para que el paciente pueda aprovechar este programa, debe obtenerse el consentimiento/autorización. El paciente debe completar este formulario de manera legible y firmarlo. Todos los formularios completos deben enviarse por fax al 1-855-686-8729.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____ Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º telefónico residencial: _____ N.º de teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Residente de EE. UU.: Sí No

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____



Inscríbame en el programa de copagos de Doptelet. Se aplican requisitos de elegibilidad.



Autorizo a Doptelet Connect a que me deje un mensaje detallado, incluido mi nombre o el nombre del medicamento con receta, Doptelet.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre del proveedor de atención primaria/especialista: _____

Calle: _____ Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar a continuación, Autorizo a mis proveedores de atención médica y a su personal, farmacias y seguros de salud a usar y revelar a Sobi, Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores, y otros agentes (colectivamente, "Sobi") información médica sobre mi relacionada con mi afección y tratamiento médico, seguros médicos y cobertura, y la receta (incluida la información sobre surtido/resurtido) de Doptelet ("Información") para (1) inscribirme en el programa de apoyo al paciente Doptelet Connect (el "Programa") y brindarme servicios en virtud de este; (2) obtener información sobre mi cobertura del seguro; (3) coordinar el procesamiento de las recetas según lo indicado por mi médico; (4) proporcionarme recordatorios de cumplimiento del tratamiento y apoyo; y (5) ponerse en contacto conmigo para llevar a cabo estudios de mercado y para organizar que reciba información promocional, y/o materiales de marketing sobre programas de apoyo de Sobi o productos de Sobi. Una vez que mi información se haya divulgado a Sobi, entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan de su posterior divulgación. Sin embargo, también entiendo que Sobi protegerá mi información al utilizarla y divulgarla solo para los fines permitidos por mí en esta Autorización o según lo requiera la ley.

Entiendo y acepto que la farmacia que entrega Doptelet puede recibir pagos de Sobi a cambio de revelar mi información a Sobi y proporcionar servicios del Programa.

Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización. La decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento médico de los proveedores de atención médica, el pago por el tratamiento o la elegibilidad para beneficios de seguro médico, o acceso a medicamentos de Sobi. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el Programa.

Entiendo que esta Autorización caduca en cinco (5) años a partir de la fecha de firma a continuación, o antes si así lo exige la legislación estatal o local, a menos y hasta que cancele (revoque) esta Autorización antes de ese momento. Puedo cambiar de opinión y cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-833-368-2663 o enviando una notificación por escrito a Sobi, a la siguiente dirección: Doptelet Connect PO Box 5490, Louisville, KY 40255-5490. La cancelación de esta Autorización pondrá fin a los usos y divulgaciones posteriores de mi información que realicen mi proveedor de atención médica y su personal, farmacias y seguros de salud en virtud de esta Autorización, y mi participación en el Programa cuando reciba aviso de mi cancelación, pero no afectará a ningún uso o divulgación de mi información que realicen mis proveedores de atención médica y su personal, farmacias y seguros de salud en virtud de esta Autorización antes de recibir la cancelación.

Nombre completo (en letra de imprenta) del paciente: _____

FIRME AQUÍ Firma del paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN DOPTELET CONNECT

Al firmar a continuación, me inscribo en Doptelet Connect (el "Programa"). Autorizo a Sobi, Inc., y a sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "socios comerciales" y, junto con Sobi, Inc., "Sobi") a proporcionarme los servicios para los que soy elegible en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo para el medicamento y el cumplimiento del tratamiento, apoyo para la entrega del medicamento, apoyo para la cobertura del seguro y la asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto inscribirme en el programa de asistencia para los copagos si soy elegible.

Nombre completo (en letra de imprenta) del paciente: _____

FIRME AQUÍ Firma del paciente _____ Fecha _____