

Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud

Mediante la firma de este formulario, autorizo a mis proveedores de atención médica, aseguradores, planes de salud y a cualquiera de sus proveedores para enviar a Spark® Therapeutics o a sus afiliados, socios comerciales, proveedores de servicios, contratistas externos y agentes (en su conjunto, "Spark") cualquier tipo de información genética relacionada conmigo, la que incluye los resultados de mis análisis genéticos y otros análisis, la información médica (incluida mi enfermedad y mis diagnósticos), la información de seguro y la información demográfica (en conjunto, "Información sobre mi salud"), que Spark solicite para brindar servicios de apoyo al paciente a mí o a mis familiares.

Autorizo a Spark para que use la Información sobre mi salud para los siguientes propósitos:

- Comunicarse conmigo por correo, teléfono, medios electrónicos o de otro tipo a fin de ofrecerme información que crea que puede resultarme interesante.
- Ayudarme a verificar y coordinar mi cobertura de seguro (incluida la información sobre si tengo seguro de salud del gobierno), los beneficios disponibles y cualquier otra asistencia financiera para la cual puedo ser elegible.
- Revisar resultados de análisis genéticos anteriores a fin de confirmar si soy elegible para recibir ciertos productos.
- Ofrecer apoyo logístico, como facilitar citas, traslados y alojamiento (cuando corresponda), para recibir productos y servicios, lo que incluye la identificación de centros de tratamiento adecuados para mí.
- Ayudar a Spark a desarrollar programas y servicios que puedan ser de interés para mí u otras personas con enfermedades de retina hereditarias (EHR).
- Brindarme material informativo o comercial sobre las EHR y el tratamiento correspondiente.
- Usarla para propósitos comerciales internos y de análisis de Spark, lo que incluye el análisis de la población de pacientes y la evaluación y mejora del programa de apoyo a pacientes.

Comprendo que esta Autorización es voluntaria. Si decido no firmar, comprendo que Spark se verá limitado en cuanto a los servicios que podría ofrecerme como parte del programa Spark Therapeutics Generation Patient ServicesSM, pero no habrá ningún efecto negativo sobre la atención médica actual ni futura, ni sobre mi capacidad para participar en los programas patrocinados por Spark en el futuro, ni sobre mi elegibilidad para los beneficios de atención médica. Comprendo que mis proveedores de atención médica, aseguradores y planes de salud pueden recibir remuneraciones (pagos) por parte de Spark si revelan la Información sobre mi salud a Spark.

Enviar formulario completo por fax al 1-678-727-1501 o por correo electrónico a mysparkgeneration@sparktx.com.

Comprendo que puedo retirar la Autorización en cualquier momento, por escrito, enviando una carta a Spark a la siguiente dirección: Spark Therapeutics / 3737 Market Street / Suite 1300 – Attn: Generation Patient Services / Philadelphia, PA 19104. Si retiro la Autorización, Spark ya no podrá usar ni divulgar mi información, pero esto no tendrá ningún efecto sobre los usos y las divulgaciones de información previos al retiro de esta Autorización.

Comprendo que, una vez que la información se haya divulgado, es posible que las leyes de privacidad federales no apliquen ni protejan la información ante posibles divulgaciones futuras. A menos que retire la Autorización de forma expresa, esta autorización tendrá una validez de cinco (5) años a partir de la fecha de firma detallada debajo. Puedo obtener una copia de esta Autorización para conservarla en mis registros.

Manifiesto mi acuerdo con que Spark se comunique conmigo por correo, por correo electrónico y por teléfono, mediante un sistema telefónico de discado automático o de voz pregrabada, a los números y direcciones que detallé en este formulario para los fines informativos y comerciales descritos en esta Autorización para Usar y Divulgar mi Información de Salud. Confirmando que soy la persona a cargo de los números telefónicos indicados y el usuario autorizado de las direcciones de correo electrónico indicadas; asimismo, acuerdo notificar de inmediato a Spark si algún número o alguna dirección cambiaran en el futuro. Comprendo que el proveedor de servicios inalámbricos puede aplicar tarifas de datos y mensajería.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del paciente o del padre, la madre o el tutor (en letra de imprenta; es obligatorio si el paciente es menor de 18 años)

Relación con el paciente

Firma del paciente o del padre, la madre o el tutor del paciente (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

.....

Declaración de seguro del gobierno (Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE) para determinar si soy elegible para determinadas ayudas financieras:

Tengo seguro del gobierno.

No tengo seguro del gobierno.

Enviar formulario completo por fax al 1-678-727-1501 o por correo electrónico a mysparkgeneration@sparktx.com.