



Formulario de autorización del paciente

Información del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Número de seguro social* _____ Sexo: Femenino Masculino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido *Brindarle el número de seguro social es opcional.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar [_____] _____ Teléfono celular [_____] _____ Dirección de correo electrónico del paciente _____

Solicito asistencia con: IXEMPRA® (ixabepilona)

Autorización y acuerdo del paciente

Lea y firme la autorización y acuerdo del paciente.

Al firmar esta autorización, autorizo a mis planes de salud, médicos y proveedores de farmacias a divulgar mi información personal de salud, incluyendo, entre otras, la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, administración de atención y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y cualquier receta ("Información de salud protegida"), a Sonexus Health y sus representantes, agentes y contratistas para los siguientes fines: (1) establecer mi elegibilidad para los beneficios; (2) comunicarse con mis proveedores de atención de la salud y conmigo con respecto a mi atención médica; (3) facilitar la provisión de productos, suministros o servicios por un tercero, incluidas, entre otras, farmacias especializadas; (4) inscribirme en cualquier programa de registro del producto aplicable requerido para mi tratamiento, y (5) contactarme con materiales educativos o de asistencia para el tratamiento y solicitudes para participar en programas de pacientes relacionados con el tratamiento.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no están condicionados a mi firma de la presente autorización. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta por correo postal mediante la cual solicito dicha cancelación a R-Pharm US Access and Support c/o Sonexus Health, 2730 South Edmonds Lane, Ste. 300, Lewisville, TX 75067, pero que esta cancelación no se aplicará a ninguna información ya usada o divulgada en virtud de esta autorización.

FIRMA He leído esta autorización y acepto sus términos:

Nombre del paciente o representante personal, en letra de imprenta

Descripción de los derechos del representante personal

Firma del paciente o representante personal

Fecha