

Formulario de Autorización del Paciente de United Therapeutics Cares™

Por favor, retorne esta solicitud a United Therapeutics Cares por fax al 1-800-380-5294 o envíela

por correo a: United Therapeutics, P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709.

Por favor, incluya todas las firmas requeridas.

Llame 1-844-864-8437 o visite UnitedTherapeuticsCares.com



1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre - Primero	Segundo Nombre	Apellidos
Fecha de Nacimiento	Género	SSN (Número del Seguro Social)
Dirección de Residencia	¿Reside en los Estados Unidos? Sí No	
Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es diferente a la dirección de su residencia)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono: Casa Cel Trabajo	Teléfono Alternativo: Casa Cel Trabajo	Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche
Correo electrónico	¿Dejamos correo de voz? Sí No	
Cuidador/Miembro familiar	Teléfono del Cuidador: Casa Cel Trabajo	Teléfono Cuidador 2: Casa Cel Trabajo
Correo electrónico: Cuidador	Correo electrónico Cuidador alternativo	¿Dejamos correo de voz? Sí No

El consentimiento de inscripción a los servicios no garantiza que se proporcionará algún(os) servicio(s). El paciente y el proveedor de atención médica reconocen que se puede necesitar información adicional para evaluar la elegibilidad y proporcionar los servicios. No se requiere consentimiento para enviar una receta médica y que una farmacia especializada la procese.

2 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Inscribirse a United Therapeutics Cares. Al enviar este formulario, me estoy inscribiendo en United Therapeutics Cares, y autorizo a United Therapeutics Corporation, sus empresas afiliadas, proveedores, agentes y representantes (colectivamente, "United Therapeutics") para que me brinden servicios a través de United Therapeutics Cares. Dichos servicios, descritos en la Página 1, incluyen: (1) Soporte de Acceso y Asequibilidad, a través del cual United Therapeutics Cares proporcionará apoyo para educar a los pacientes y cuidadores sobre su cobertura de seguro, responder a preguntas relacionadas con el acceso y discutir opciones de elegibilidad e inscripción para asistencia financiera; (2) Educación sobre el Producto, a través del cual United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que brinda apoyo educativo sobre la enfermedad y el producto a los pacientes y sus cuidadores; (3) Coordinación, a través del cual United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que trabaja con los pacientes y sus cuidadores, farmacias especializadas y proveedores de atención médica para ayudar a reducir las barreras no clínicas para la terapia, incluyendo la gestión de recetas, la coordinación de entregas y el seguimiento continuo con los pacientes después del inicio de la terapia; y (4) El Programa de Asistencia para Pacientes de United Therapeutics Cares, que ofrece un programa de medicamentos gratuitos para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad (los "Servicios").

Verificación de Elegibilidad. En la medida en que me estoy inscribiendo en el Programa de Asistencia para Pacientes de United Therapeutics Cares, autorizo a United Therapeutics a verificar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia para Pacientes, y entiendo que dicha verificación puede incluir contactarme a mí o a mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información adicional sobre mi seguro, información médica y/o financiera. Entiendo que la elegibilidad para la participación será verificada periódicamente.

MARQUE
AQUÍ

Al marcar esta casilla, estoy proporcionando instrucciones por escrito autorizando a United Therapeutics Cares, United Therapeutics y sus proveedores, bajo la Ley de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Reporting Act), a obtener información sobre mi perfil crediticio u otra información de agencias de informes crediticios, fuentes públicas u otras fuentes. Autorizo a United Therapeutics Cares a obtener dicha información únicamente para determinar mi elegibilidad para inscribirme en el Programa de Asistencia para Pacientes de United Therapeutics Cares. Entiendo que dichos informes pueden contener información sobre mis ingresos, situación crediticia, solvencia crediticia, capacidad crediticia, carácter o características personales. Entiendo que, a solicitud, United Therapeutics se me informará si se solicitó un informe de consumidor individual y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. La inscripción y la continuación en el Programa de Asistencia para Pacientes de United Therapeutics Cares están condicionadas a la verificación oportuna de los ingresos.

Condiciones de Participación. Si recibo medicamentos gratuitos bajo el Programa de Asistencia para Pacientes de United Therapeutics Cares, certifico que no solicitaré el pago del producto de United Therapeutics a ningún programa de atención médica financiado por el gobierno (Medicare/Medicaid/Administración de Veteranos/Departamento de Defensa), y que no presentaré ningún costo cubierto por United Therapeutics Cares como una reclamación de pago a un plan de salud, fundación, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorro para atención médica. Acepto notificar a United Therapeutics Cares si mi situación de seguro o financiera cambia. Certifico que cualquier información que proporcione, incluyendo información financiera y de seguro, es completa y verídica. Entiendo que United Therapeutics Cares puede ser modificado o discontinuado sin previo aviso.

Uso de Información Personal. Entiendo que al enviar este Formulario de Inscripción y Referencia de Pacientes, doy mi consentimiento para la recopilación, uso y divulgación de mis datos personales de salud, información de contacto y otros datos identificativos por parte de United Therapeutics para la prestación de los Servicios y para otros fines comerciales, según lo descrito en la Declaración de Privacidad de United Therapeutics, disponible en: www.unither.com/privacy. Dependiendo de dónde resida, puedo tener ciertos derechos con respecto a la privacidad de mi información, incluyendo la solicitud de acceso o eliminación de mi información personal, como se describe en la Declaración de Privacidad de United Therapeutics.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Declaración de Privacidad. Si reside en California, consulte nuestro Aviso de la CCPA sobre la Recolección proporcionado dentro de la Declaración de Privacidad de United Therapeutics. Soy consciente de que United Therapeutics puede no estar obligada a cumplir con mis solicitudes en ciertas circunstancias. Entiendo que para ejercer estos derechos, puedo contactar a United Therapeutics al 844-864-8437 o privacyoffice@unither.com.

Comunicaciones: Al marcar la(s) casilla(s) a continuación, por la presente doy mi consentimiento para recibir ciertas comunicaciones de United Therapeutics y sus agentes (incluyendo proveedores de servicios en su nombre) por correo, fax, correo electrónico, teléfono (incluyendo celular) y mensajes de texto. Entiendo y reconozco que mi información personal, incluida la información de salud, puede ser utilizada o divulgada como parte de las comunicaciones. Las comunicaciones transmitidas por correo electrónico o mensaje de texto sin cifrar a través de una red abierta pueden ser inherentemente inseguras, y no hay garantía de confidencialidad para la información comunicada de esta manera.

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIONES DE TEXTO DE UNITED THERAPEUTICS CARES

MARQUE
AQUÍ

Sí, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados de "United Therapeutics Cares" al número de teléfono móvil que he proporcionado. Tarifas pueden aplicar a mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto para participar en United Therapeutics Cares, para comprar bienes o servicios, o para recibir cualquier otra comunicación que haya seleccionado. Puedo responder HELP para obtener ayuda. Puedo responder STOP para optar por no recibir mensajes en cualquier momento. Entiendo que el procesamiento de mi información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics, www.unither.com/privacy, y a los Términos y condiciones de mensajes de texto, www.unither.com/textterms.

AUTORIZACIÓN DE MERCADOTECNIA

MARQUE
AQUÍ

Sí, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo, correo electrónico y teléfono (incluyendo celular), incluyendo a través de tecnologías automatizadas, al número y dirección que he proporcionado de United Therapeutics con respecto a sus productos, programas, servicios, materiales sobre enfermedades, materiales educativos y de adherencia, promociones, investigaciones y encuestas, y otras oportunidades de investigación. Entiendo que el procesamiento de mi información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics, www.unither.com/privacy.

Información adicional. Puede encontrar información adicional sobre United Therapeutics Cares en nuestro sitio web www.UnitedTherapeuticsCares.com. Si tiene preguntas, desea actualizar su información o cancelar su inscripción, llame al 844-864-8437 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. ET o escríbanos a P.O. Box 12015 Research Triangle Park, NC 27709.

2 FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante: _____

Relación del Representante con el paciente, si el paciente no puede firmar: _____

3 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

United Therapeutics Corporation ("United Therapeutics") ofrece United Therapeutics Cares, que proporciona servicios de apoyo al paciente, incluyendo recursos educativos, apoyo en la gestión de casos y asistencia financiera para pacientes elegibles. Al firmar a continuación, doy mi permiso para que mis proveedores de atención médica, planes de salud, farmacias y otros proveedores de servicios de atención médica ("Mis Proveedores de Atención Médica") compartan con United Therapeutics, sus afiliados presentes y futuros, proveedores y otras empresas, entidades e individuos que trabajen con y en nombre de United Therapeutics, información personal relacionada con mi condición médica, recetas, tratamiento e información de seguro de salud ("Mi Información") para que United Therapeutics pueda: **1)** revisar mi elegibilidad para beneficios por tratamiento con un producto de United Therapeutics; **2)** obtener información sobre la cobertura del seguro para mi tratamiento; **3)** acceder a mi información crediticia e información de otras fuentes para estimar mis ingresos, si es necesario, para evaluar la elegibilidad para programas de asistencia financiera; **4)** facilitar y gestionar United Therapeutics Cares; **5)** coordinar la logística del tratamiento con mis Proveedores de Atención Médica; **6)** desidentificar Mi Información y combinarla con otros datos desidentificados con fines de investigación, mejora de procesos y programas, y publicación; y **7)** comunicarme por teléfono (incluyendo celular), mensaje de texto, correo electrónico, correo o fax sobre United Therapeutics Cares, medicamentos, productos o servicios de United Therapeutics para los fines establecidos a continuación, si doy mi consentimiento.

Entiendo que una vez que Mi Información ha sido divulgada a United Therapeutics de conformidad con esta Autorización, puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad contra la divulgación posterior. También entiendo, sin embargo, que United Therapeutics tiene la intención de usar y divulgar Mi Información únicamente para los fines establecidos en esta Autorización o según lo exija la ley. Entiendo que mi farmacia y los aseguradores de salud pueden recibir remuneración (pago) de United Therapeutics a cambio de compartir Mi Información con United Therapeutics para facilitar los programas de apoyo al paciente y otros fines descritos en esta Autorización. Entiendo que Mi Información también está sujeta a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics disponible en www.unither.com/privacy. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y que negarme no afectará mi tratamiento, inscripción en el seguro o elegibilidad para beneficios de seguro, pero me hará inelegible para participar en los programas de apoyo de United Therapeutics. Si firmo, puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta a: United Therapeutics Cares, P.O. Box 12015 Research Triangle Park, NC 27709 o enviando un correo electrónico a opt-out@unitedtherapeuticscares.com. Entiendo que cancelar esta Autorización no invalidará la confianza en esta Autorización para usar o divulgar Mi Información antes de que United Therapeutics reciba mi aviso de cancelación.

Esta Autorización expira diez (10) años a partir de la fecha que aparece junto a mi firma, a menos que la revoque antes, o a menos que un plazo más corto sea requerido por la ley aplicable. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización después de que se firme.

3 FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Representante: _____

Relación del Representante con el paciente, si el paciente no puede firmar: _____

