

# AUTORIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PAN)



Phone: (888) 587-9438 Fax: (866) 827-8188 [BonivaReimbursement.com](http://BonivaReimbursement.com)

## Boniva Reimbursement es un programa gratuito para usted de Genentech.

Trabajamos para ayudarlo a pagar su medicamento Boniva® (ibandronato de sodio). Le podemos brindar ayuda de varias maneras diferentes. Asistimos a las personas que cuentan con un plan de atención médica así como a aquellas que no lo tienen.

Si usted no cuenta con un plan de atención médica, o su plan no cubrirá el costo de Boniva, es posible que podamos ayudarlo. Si usted cumple con ciertos estándares financieros y médicos, podemos proporcionarle el medicamento en forma gratuita. Esto se realiza a través de la Genentech® Access to Care Foundation (GATCF).

Para que nosotros podamos ayudarlo, necesitamos revisar, usar y divulgar su información de salud personal (Personal Health Information, PHI). Su médico y su plan de atención médica pueden divulgararnos su PHI sólo con su consentimiento por escrito. Una vez que usted firme este formulario y éste se nos devuelva, podemos empezar a proporcionar estos servicios. Podemos proporcionarle una copia de esta autorización de divulgación. Necesita solicitárnoslo primero antes de que podamos enviarle dicha copia.

**No está obligado a aceptar esta autorización.** Sin embargo, no podemos proporcionarle nuestros servicios sin su consentimiento. Esto significa que existe la posibilidad de que tenga que pagar ciertos medicamentos por su cuenta.

LEA CUIDADOSAMENTE ESTE FORMULARIO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL CONSULTORIO DE SU MÉDICO O LLÁMENOS AL NÚMERO TELEFÓNICO QUE APARECE EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA.

### 1. Información que se divulgará o se usará

Este formulario firmado autoriza a mis médicos y planes de atención médica a enviar mi PHI a Boniva Reimbursement y/o GATCF. Esto incluye:

- Todos mis registros médicos relacionados con mi tratamiento
- Información sobre los beneficios de mi plan de atención médica
- El saldo en dólares restante del total de los pagos de por vida cubiertos por mi póliza del plan de atención médica (si corresponde a mi plan)
- Toda información relacionada con mi salud o el cumplimiento de mi tratamiento

Todo lo que antecede se considera parte de mi PHI. Sé que esto podría incluir información sobre:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Afecciones de salud mental
- Resultados de análisis genéticos

No estamos buscando esta información. Podría ser parte del registro médico que se nos envió.

### 2. Quién puede divulgar mi PHI

Mi médico puede divulgar mi PHI. También pueden hacerlo mi plan de atención médica u otras personas que puedan tener mi PHI.

### 3. Quién puede ver mi información de salud personal (PHI)

Boniva Reimbursement y/o GATCF pueden ver mi PHI. Estos son programas patrocinados por Genentech. Su dirección es 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990. Mi PHI también puede ser vista por cualquier persona que ayude a Boniva Reimbursement a prestar servicios, incluyendo los empleados y cualquiera de los socios de Genentech.

### 4. Cómo puede usarse mi PHI

Mi PHI puede usarse sólo de las siguientes maneras:

- Ayudando con la cobertura de mi plan de atención médica para el medicamento Boniva<sup>®</sup> (ibandronato de sodio)
- Presentando una postulación a GATCF
- Llevando un registro de mi uso de Boniva
- Midiendo la ayuda ofrecida por Boniva Reimbursement

### 5. Fecha de vencimiento

Esta autorización de divulgación estará vigente durante 1 año una vez que la haya firmado. También puedo retirarla por escrito en cualquier momento.

### 6. Notificaciones

Una vez que firme este formulario, sé que es posible que mi PHI no esté cubierta por ninguna ley federal en cuanto al uso de mi PHI o la manera en que ésta se divulgue. No existe ninguna garantía de que mi PHI no se pueda divulgar a un tercero. Es posible que dicho tercero no necesite seguir las condiciones de esta divulgación.

Sé que puedo negarme a firmar este formulario. Puedo retirarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Esto no afectará el inicio o continuación de mi tratamiento. No afectará la calidad de mi tratamiento.

Sé que esta autorización de divulgación estará en vigencia por 1 año o hasta que yo la retire por escrito. Para retirarla, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. La misma puede ser enviada por fax o correo a la dirección que se muestra en la parte inferior de esta página. Este retiro entra en vigencia una vez que Genentech recibe la notificación. La misma no tendrá ningún impacto en el tratamiento que me brinda mi médico.

Si no firmo este formulario o si lo retiro, puedo ser responsable de los costos de mi tratamiento.

### 7. Aceptación de distribución

Si recibo el producto gratuito por parte de GATCF, usaré Boniva según lo recetado por mi médico. No venderé o distribuiré Boniva. Comprendo que hacerlo es ilícito. Soy responsable de asegurar que se envíe Boniva a una dirección segura cuando se me lo envíe. Sé que es mi deber controlar el medicamento Boniva mientras se encuentre en mi poder.

#### **LA SECCIÓN 8 DE LA SIGUIENTE PÁGINA ES OBLIGATORIA.**

Esta notificación por escrito debe firmarse, fecharse y enviarse por correo o fax a:

**Boniva Reimbursement**  
PO Box 29064  
Phoenix, AZ 85038

**Fax: (866) 827-8188**

**8. Firma y fecha (OBLIGATORIO)**

He leído y entiendo los términos del presente formulario de divulgación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud personal (PHI) y sobre quiénes la pueden ver. Al firmar este formulario, sé que estoy divulgando mi PHI como se menciona en este formulario. **(Complete toda la información que se muestra a continuación. Asegúrese de firmar y fechar este formulario. Si no lo hace, se podría retrasar el proceso para ayudarlo).**

Debe firmar  
y colocar  
la fecha aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor\*

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente/tutor

\*Si el paciente es un menor no emancipado o se encuentra de otro modo incapacitado (física o mentalmente).

**9. Información financiera**

Complete esta sección sólo si desea solicitar ayuda de GATCF.

**Ingreso bruto ajustado del grupo familiar:**  \$0-\$25,000/año     \$25,001-\$50,000/año  
 Otro: \_\_\_\_\_

Sé que para reunir los requisitos a fin de recibir medicamentos gratuitos, mi ingreso bruto ajustado del grupo familiar no puede superar los \$50,000 por año. Certifico que la declaración que antecede acerca de mis ingresos del último año es verdadera. Certifico que no cuento con una cobertura de plan de atención médica para Boniva® (ibandronato de sodio). Esto incluye Medicare, Medicaid u otros programas públicos. No cuento con los recursos financieros para pagar Boniva. Acepto proporcionar a GATCF una prueba de mis ingresos. Ésta puede ser una copia de mi formulario IRS 1040 del último año. También puede ser otro documento que confirme mis ingresos. Enviaré dicha prueba a GATCF dentro de los 45 días contados a partir de la presentación de este formulario. Sé que si no proporciono esta prueba, GATCF no podrá continuar ayudándome.

Firme y coloque  
la fecha aquí  
(si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha