

CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA ACADIA CONNECT®



Acadia Connect es un programa de apoyo al paciente y la familia que conecta a usted y a su familia con recursos y apoyo educativo antes y después de que se le recete DAYBUE® (trofinetida) o DAYBUE® STIX (trofinetida) en solución oral. El equipo le ayudará con:

- Entender el diagnóstico de su ser querido y la información sobre DAYBUE o DAYBUE STIX
- Responder preguntas sobre la cobertura del seguro
- Proporcionar información sobre posibles opciones de asistencia financiera
- Brindar apoyo y educación durante el proceso del posible tratamiento

Se requiere consentimiento para inscribir a un paciente en Acadia Connect.

El padre/la madre/el tutor legal autorizado debe completar, firmar y enviar el formulario completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con el paciente: _____ Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono móvil: _____

N.º de teléfono del trabajo: _____ N.º de teléfono preferido: ☐ Particular ☐ Trabajo ☐ Móvil

Mejor hora para llamar: ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

3 PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender).

ROLES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA	CONSULTORIO DEL PROVEEDOR	NOMBRE	TELÉFONO/FAX DE CONSULTORIO
Pediatra			
Medicina familiar/interna			
Neurólogo			
Gastroenterólogo			
Servicios terapéuticos (p. ej., físicos o del habla)			
Personal de enfermería de la escuela/centro de día			
Otros proveedores de atención médica			

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (lea y firme a continuación si está de acuerdo).

Por la presente, autorizo y ordeno a los proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos que emiten la receta, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y a las compañías de seguros médicos de mi hijo o menor (“hijo” en conjunto) y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados y agentes (en conjunto, los “proveedores”) para usar la Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de mi hijo o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y sus representantes y agentes (en conjunto, “Acadia”) para ayudar a mi hijo a obtener los servicios de asistencia de DAYBUE y Acadia Connect (nos referimos a Acadia Connect y al Programa de tarjetas de copago de Acadia denominados colectivamente como “Servicios de apoyo de Acadia Connect” o el “Programa”). Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con la afección médica de mi hijo, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en esta autorización y en cualquier receta. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con esta autorización.

Además, autorizo a Acadia a utilizar la información médica que recopile sobre mi hijo y a divulgarla a terceros, lo que incluye, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros y programas de asistencia al paciente en relación con la obtención de DAYBUE por parte de mi hijo o su participación en el Programa. Esto incluye la comunicación conmigo y con mi hijo acerca del Programa; la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la evaluación de la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la entrega de medicamentos. También autorizo a Acadia a divulgar cualquier información sobre mí y mi hijo que Acadia pueda crear o recibir a los proveedores de mi hijo para fines del Programa.

Entiendo que una vez que la PHI de mi hijo u otra información sobre él se divulgue a Acadia o que Acadia divulgue en virtud de esta autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo no afectará al tratamiento que mi hijo reciba de sus proveedores, ni afectará la inscripción o elegibilidad de mi hijo para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tenga derecho. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización en nombre de mi hijo, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que las divulgaciones de la PHI de mi hijo y otra información sobre él por parte de sus proveedores y Acadia a los fines del Programa son necesarias para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ni a otra información ya utilizada o divulgada en función de esta autorización antes de recibir la notificación de la cancelación. Entiendo que esta autorización es válida durante un período de 10 años o durante un período más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que mi hijo y yo tenemos derecho a recibir y que Acadia nos proporcionará una copia firmada de esta autorización. Puedo solicitar copias adicionales comunicándome con Acadia al 844-737-2223 o a través de correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Firme aquí ☐ Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación) (Lea y firme a continuación si está de acuerdo.)

FIRMA Y CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA PARA PROCESAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA FINES DEL PROGRAMA (requerido para participar en el Programa)

Acepto, en nombre de mi hijo, que mi hijo se inscriba en Acadia Connect y, si es elegible, acepto que mi hijo se inscriba en el Programa. Entiendo que cualquier asistencia con mi copago o la distribución de costos por DAYBUE se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del Programa que figuran en <https://www.acadiaconnect.com/daybue/es/caregivers/about>.

También acepto que Acadia pueda recopilar y procesar información médica sobre mi hijo, incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, la información sobre la participación de mi hijo en el Programa y otra información médica sobre mi hijo, como el diagnóstico, los síntomas, la medicación las conclusiones derivadas de estos, para facilitar la participación de mi hijo en el Programa. Esto incluye la investigación de los beneficios, elegibilidad y cobertura del seguro; la prestación de asistencia financiera para copagos o pagos de bolsillo; la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; y la coordinación de la entrega de medicamentos. También acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo a través de la información de contacto que proporcioné en este formulario, incluido llamarme o enviarme un correo electrónico, para fines relacionados con la participación de mi hijo en el Programa.

Comprendo que no estoy obligado a otorgar mi consentimiento para este procesamiento de la información médica de mi hijo. Sin embargo, si no otorgo mi consentimiento, mi hijo no podrá participar en el Programa, ya que el procesamiento de la información médica de mi hijo es necesario para que Acadia facilite nuestra participación en el Programa.

Si otorgo mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en nombre de mi hijo en cualquier momento llamando al 844-737-2223 o a través del correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia, visite <https://acadia.com/en-us/legal-policies/privacy>. Para obtener más información sobre la privacidad de los residentes de California, visite <https://acadia.com/en-us/legal-policies/privacy#california>.

Marque aquí ☐ Otorgo mi consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO (Opcional)

Acepto que Acadia pueda comunicarse conmigo por mensaje de texto al número de teléfono mencionado anteriormente con respecto al Programa y otros productos y servicios de Acadia. Confirmando que soy el suscriptor de los números de teléfono celular que proporcioné en este formulario y acepto notificar a Acadia de inmediato llamando al 844-737-2223 o a través del correo postal a Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134 si alguno de mis números cambia en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Puedo dejar de recibir futuras comunicaciones al responder "STOP" (DETENER) a cualquier mensaje de texto.

ENTIENDO QUE ESTAS COMUNICACIONES PUEDEN USAR MENSAJES DE VOZ PREGRABADOS/ARTIFICIALES O UN SISTEMA AUTOMATIZADO Y QUE NO NECESITO ACEPTAR RECIBIR LLAMADAS O MENSAJES DE TEXTO COMO CONDICIÓN PARA COMPRAR O RECIBIR BIENES O SERVICIOS DE ACADIA.

Marque aquí ☐ Otorgo mi consentimiento
☐ No otorgo mi consentimiento

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI ATENCIÓN (opcional)

Además, autorizo a Acadia a hablar sobre la coordinación de la atención de mi hijo con los miembros de la familia o cuidadores que menciono a continuación. Estas personas tienen mi autorización total para obtener y divulgar información médica y personal de Acadia sobre mi hijo.

Nombre de los representantes autorizados (en letra de imprenta):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Paciente/padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firme aquí ☐ Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario de consentimiento completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com