

**¿Por qué debo firmar este Formulario?**

Este Formulario permite a sus Proveedores de atención médica usar y compartir su información médica con los programas de apoyo al paciente ofrecidos por Johnson & Johnson.

**Sección 1 ¿Qué información médica comparto y con quién?**

Otorgo permiso para que mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras (p. ej., mis planes de seguro médico) compartan mi Información médica protegida, según se describe en este Formulario.

 **Mi Información médica protegida incluye información relacionada con:** mi afección médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro médico

 **Mis Proveedores de atención médica pueden incluir:** médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros proveedores de atención médica e integrantes del personal en los consultorios de mis proveedores de atención médica

Doy permiso para que estas personas o grupos reciban y usen mi Información médica protegida (en conjunto, "J&J"):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes
- Proveedores de otras fuentes de financiamiento. Esto incluye fundaciones y proveedores de asistencia con copagos
- Proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente. Esto incluye subcontratistas o proveedores de atención médica que ayudan a J&J a llevar a cabo los programas
- Proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan señales de identificación, agregan o analizan datos de los programas de apoyo de J&J

 **J&J puede compartir mi Información médica protegida con estas personas y grupos:** mis Aseguradoras, mis Proveedores de atención médica, cualquier otra persona a la que se le haya otorgado permiso para recibir y usar mi Información médica protegida (según lo mencionado anteriormente), cualquier persona a la que yo le dé permiso como contacto adicional y proveedores de servicios que revisen datos de los programas de apoyo al paciente de J&J

 **J&J y los demás grupos incluidos en este Formulario podrán compartir información sobre mí de 2 maneras:** según lo permitido en este Formulario, y si se elimina cualquier información que me identifique de lo que se ha compartido

**Sección 2 ¿Cómo puede ayudar el permiso con los programas de apoyo al paciente y el acceso?**

Doy permiso a J&J para que reciba, use y comparta mi Información médica protegida con el fin de:

- Determinar si cumple los requisitos para los programas de apoyo al paciente de J&J, inscribirme en ellos, comunicarse conmigo con respecto a dichos servicios y para proporcionármelos. Esto incluye los servicios a domicilio
- Manejar los programas de apoyo al paciente de J&J.
- Darme recursos e información relacionados con mi medicamento de J&J en relación con los programas de apoyo al paciente de J&J. Esto incluye materiales educativos y de seguimiento del tratamiento
- Comunicarme con mis Proveedores de atención médica sobre el acceso, el reembolso y el suministro de mi medicamento de J&J
- Informar a mi Proveedor de atención médica que estoy inscrito en los programas de apoyo al paciente de J&J
- Ayudar a verificar y coordinar la cobertura de los medicamentos de J&J con mis Aseguradoras y Proveedores de atención médica
- Ayudar con la emisión de recetas o la ubicación del tratamiento y la programación asociada
- Realizar análisis para ayudar a J&J a evaluar, crear y mejorar sus servicios y productos de apoyo al paciente para los pacientes a los que se prescriben medicamentos de J&J
- Compartir información de los programas de apoyo al paciente de J&J que puedan ser útiles para mi atención

## Sección 3 | ¿Qué debo entender antes de firmar este Formulario?

### Entiendo que:

- J&J hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información. Sin embargo, una vez que mi Información médica protegida se divulgue según lo permitido en este Formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad
- No tengo obligación de firmar este Formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato que recibo de mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras. Si no firmo este formulario, o si cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los programas de apoyo al paciente de J&J
- J&J puede pagar a los siguientes grupos por sus servicios y datos, incluida la Información médica protegida:
- Farmacias que dispensan y envían mi medicamento
  - Proveedores de servicios para los programas de apoyo al paciente de J&J
- Este Formulario permanecerá vigente durante 10 años a partir de la fecha en que firme a continuación, excepto:
- Si la ley estatal exige un período más corto
  - Si ya no participo en ningún programa de apoyo al paciente de J&J

La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines indicados en este Formulario

- Puedo cancelar los permisos que otorga este Formulario en cualquier momento comunicándoselo a J&J por escrito a:  
J&J withMe, PO Box 15510, Pittsburgh, PA 15244
- También puedo cancelar mi permiso al informarles por escrito a mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras acerca de que no quiero que compartan ninguna información con J&J
- Si cancelo mi permiso, ello no afectará la forma en que J&J utiliza y comparte mi Información médica protegida recibida por J&J antes de yo cancelara
- Podré solicitar una copia de este Formulario

## Sección 4 | Completar la Información personal y firmar el Formulario de autorización del paciente

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar abajo:**

Por: \_\_\_\_\_ Nombre, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

Describa la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente:



**Firme y devuelva las páginas 1 y 2 de este Formulario a:**

(Si se seleccionan recursos opcionales, complete y devuelva la página 3).

Fax: 855-224-5072

J&J withMe  
PO Box 15510, Pittsburgh, PA 15244

**O firme electrónicamente un Formulario digital:**

En el consultorio de su proveedor de atención médica

En [Account.JNJwithMe.com/PatientAuth](http://Account.JNJwithMe.com/PatientAuth)



## Recursos opcionales en los que puede inscribirse

Permiso para comunicaciones fuera de los programas de apoyo al paciente de J&J:

- Sí, me gustaría recibir comunicaciones sobre mi medicamento de J&J
- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de J&J

Permiso para comunicaciones por mensaje de texto:

- Sí, me gustaría recibir mensajes de texto. Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto, según lo permitido por este Formulario, al número de teléfono móvil que aparece a continuación.  
Pueden aplicarse tarifas de datos y por mensajes. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no tengo obligación de otorgar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los programas de apoyo al paciente de J&J ni para recibir ninguna otra comunicación que haya seleccionado.

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Para conocer los derechos de privacidad y las opciones específicas para los residentes de California, Colorado, Connecticut, Utah, Virginia y Washington, consulte el Aviso de privacidad complementario de J&J para los EE. UU. disponible en [InnovativeMedicine.JNJ.com/us/privacy-policy#supplemental](https://InnovativeMedicine.JNJ.com/us/privacy-policy#supplemental)