Nombre completo del paciente*	Fecha de nacimiento*

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información personal de salud (PHI)

Comprendo que debo completar este formulario de inscripción antes de poder recibir asistencia a través de Cycle Pharmaceuticals Ltd. y el Programa de Apoyo de Cycle Vita™. Comprendo que el Programa de Apoyo de Cycle Vita solo corresponde a los medicamentos comercializados por Cycle Pharmaceuticals Ltd. y administrados a través del Programa de Apoyo de Cycle Vita. Como parte de este proceso, el personal de Cycle Pharmaceuticals Ltd. o del Programa de Apoyo de Cycle Vita y sus agentes y contratistas (colectivamente, "Cycle") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar PHI como se describe a continuación.
Para garantizar que tengo acceso a los beneficios ofrecidos por el Programa de Apoyo de Cycle Vita para los cuales puedo reunir los requisitos Y para garantizar que mi información personal de salud (PHI) esté adecuadamente protegida de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales aplicables:

- Además, autorizo a mis profesionales de la salud y a mis planes de salud a divulgar mi PHI, según se describe a continuación, a un profesional de la salud de Cycle autorizado en relación con el Programa de Apoyo de Cycle Vita y autorizo a Cycle a usar y divulgar la información para los fines estipulados en esta autorización.

1. Información que se divulgará: información personal de salud (PHI), incluida información personal (por ejemplo, nombre, dirección postal, información financiera y seguro); información sobre mi condición de salud pasada, actual y futura; e información proporcionada en este formulario para incluir información sobre eventos adversos (AE).
2. Personas autorizadas a divulgar mi información: mis profesionales de la salud, incluida toda farmacia que me proporcione los medicamentos con receta, y todo plan o programa de salud que me proporcione beneficios de salud.
3. Personas a las que se les puede divulgar mi información: un profesional de la salud calificado; un enfermero; personas que representan a Cycle, incluido todo administrador externo responsable de la administración del Programa de Apoyo de Cycle Vita, terceros idóneos por contrato con Cycle, como la Agencia de Farmacovigilancia de Cycle, y fabricantes de productos para abordar apropiadamente cualquier informe de eventos adversos (AE) relacionados con los medicamentos de Cycle. Comprendo que mi PHI solo se divulgará conforme a mi consentimiento según lo descrito en este formulario.
4. Propósitos de las divulgaciones: pueden hacerse divulgaciones de PHI a Cycle para que Cycle use y divulgue la PHI a fin de completar el proceso de inscripción al Programa de Apoyo de Cycle Vita, verificar mi formulario de inscripción y determinar mi idoneidad para el Programa de Apoyo de Cycle Vita y los beneficios asociados que pueden incluir:

    a. Ayuda para el seguro y el reembolso: la autorización permite la ayuda profesional sin costo en nombre del paciente para negociación de reclamos, presentación de reclamos a aseguradoras de salud y comunicación de información relevante sobre reclamos a/de profesionales de la salud y aseguradoras.
    b. Apoyo para el reembolso: ayuda financiera, incluido el Programa de Apoyo para Copagos patrocinado por Cycle, disponible solo para pacientes idóneos.
    c. Apoyo para la autorización previa de pagadores e investigación de los beneficios para pacientes: el personal del Programa de Apoyo de Cycle Vita se comunicará, investigará y organizará la cobertura idónea para el paciente con su respectiva aseguradora de salud o administrador de beneficios de farmacia, lo que incluye ayuda con las autorizaciones previas.
    d. Información y capacitación para el paciente: el personal del Programa de Apoyo de Cycle Vita proporcionará a los pacientes una capacitación completa en almacenamiento y administración de medicamentos, información relevante y oportuna de enfermedades y actualizaciones de información de productos.
    e. Acceso al fabricante/Cycle: esto permitirá a Cycle alertar a los pacientes que reciben medicamentos de Cycle sobre actualizaciones relevantes de productos y del mercado, retiros de productos del mercado, notificaciones de eventos adversos y recursos disponibles, lo que incluye herramientas para la observancia de los productos y otros programas para garantizar el cumplimiento de la administración de los medicamentos.
    f. Comercialización y otras comunicaciones: comprendo que la información de identificación y salud personal divulgada a Cycle puede usarse con fines de comercialización, para respaldar la investigación del mercado o, de otra forma, para proporcionar información sobre los productos, servicios, investigaciones, ensayos clínicos y programas de Cycle u otros temas de interés. Comprendo y acepto que Cycle y terceros idóneos que tienen contrato con Cycle pueden contactarme con estos fines.
    g. Desarrollo del producto y servicio: comprendo y acepto que Cycle puede usar toda la información que le proporcione y se le divulgue para desarrollar nuevos productos, servicios y programas. También comprendo que Cycle no venderá mi información personal a ningún tercero no relacionado con fines de comercialización sin mi autorización expresa.

©2025 Cycle Pharmaceuticals. Todos los derechos reservados. US-VITA-2500016. Febrero de 2025.

Nombre completo del paciente*	Fecha de nacimiento*

5. Límites de las protecciones después de la divulgación: comprendo que, una vez divulgada mi PHI conforme a lo aquí descrito, es posible que la ley estatal o federal de privacidad ya no limite su uso o divulgación.
6. Posibilidad de negarse a firmar: comprendo que no tengo obligación de firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento con los productos de Cycle, pagos por atención médica, inscripción en un plan de salud o determinación de la idoneidad para los beneficios. No obstante, si me niego a autorizar la divulgación de mi PHI a un profesional de la salud de Cycle calificado y autorizado, también comprendo que renuncio deliberadamente a un posible acceso a los beneficios ofrecidos por el Programa de Apoyo de Cycle Vita.
7. Copia de autorización y capacidad de cancelar la autorización: comprendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarla y que mi autorización tendrá vigencia hasta su vencimiento (5 años desde la fecha de la firma que aparece a continuación, a menos que la ley de mi estado de residencia requiera un período más corto), o a menos que me comunique con el personal del Programa de Apoyo de Cycle Vita para revocar la autorización en cualquier momento al 888-360-8482 (VITA), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Este), por fax al 888-385-8482 (VITA) o por escrito a Cycle Pharmaceuticals Ltd, 200 Portland St., Boston, MA 02114, Estados Unidos.
8. Comprendo que mi farmacia, las aseguradoras de salud y los proveedores externos pueden recibir un pago de Cycle como el fabricante a cambio de que divulguen de forma segura mi PHI a un profesional de la salud de Cycle autorizado con el único fin de proporcionarme acceso a apoyo al paciente importante como se describió anteriormente.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

He leído y comprendido la información de autorización del paciente y, al firmar este formulario, autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud como se describió previamente.

*** NO se requiere la firma para comenzar una investigación de beneficios. La autorización también puede obtenerse verbalmente luego de completar la investigación de beneficios con Cycle Vita.**

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente*

Fecha

* Si firma el representante del paciente, explique la autorización o vínculo para actuar en nombre del paciente:

Lea el siguiente enunciado y marque la casilla:

☐ Al marcar esta casilla, autorizo por la presente al Programa de Apoyo de Cycle Vita™ a usar mi PHI para contactarme por correo, correo electrónico, mensaje de texto, teléfono u otro método de comunicación que yo solicite para los fines descritos en este documento.

©2025 Cycle Pharmaceuticals. Todos los derechos reservados. US-VITA-2500016. Febrero de 2025.