

Información sobre el paciente

Nombre:	_____	Teléfono particular:	_____
Dirección:	_____	Teléfono móvil:	_____
Ciudad:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Estado:	Código postal: _____	N.º de Seguro Social (opcional):	_____

El Programa ARCH es un equipo dedicado exclusivamente a brindarle recursos y apoyo para el acceso a Photrexa/ Photrexa Viscous y su reembolso. Estamos a su disposición para ayudarlo a comprender sus beneficios con respecto a Photrexa/Photrexa Viscous y a encontrar soluciones integrales a lo largo de todo el proceso de reembolso, desde la verificación de beneficios hasta la asistencia al paciente.

Nombre del médico: _____	_____
Apellido (en letra de imprenta)	Nombre (en letra de imprenta)
Contacto en el consultorio del médico: _____	_____
Nombre completo (en letra de imprenta)	Teléfono del consultorio

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y compañías de seguro de salud a compartir con Avedro, Inc. y sus representantes, agentes y contratistas mi información de salud protegida (protected health information, "PHI"), lo que incluye, entre otras cosas, mi nombre, número de Seguro Social (si se proporcionó), registros médicos y de farmacia, información relacionada con mi afección médica, tratamiento y seguro de salud, así como también toda la información proporcionada en cualquier receta, en la medida en que se relacione con mi tratamiento con productos de Avedro, con el fin de proporcionar los servicios ofrecidos por el Programa ARCH. Esto incluye, entre otras cosas: (1) servicios de apoyo financiero, incluida la verificación de los beneficios, los posibles costos de bolsillo y la elegibilidad para recibir asistencia financiera o cualquier otra asistencia al paciente; (2) proporcionarme servicios y apoyo en relación con el producto; (3) comunicarse con mis proveedores de atención médica, farmacias y compañías de seguro de salud, e intercambiar mi PHI con ellos, por motivos relacionados con el Programa; (4) fines comerciales internos, como pruebas de sistemas y procesos; y (5) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, mensajes de texto, teléfono o cualquier otro método de comunicación alternativa que yo autorice. Comprendo que una vez que mi PHI se comparta con Avedro como se describió anteriormente, es posible que no permanezca protegida por las leyes federales de privacidad. Comprendo que las farmacias pueden recibir un pago por el uso y la divulgación de mi PHI según se describe en esta autorización. También autorizo a las farmacias a usar mi PHI para comunicarse conmigo con respecto al producto medicinal que me ha sido recetado y comprendo que estas pueden recibir un pago de mi seguro por dicha comunicación. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, eso no afectaría mi derecho a obtener tratamiento o beneficios médicos, pero me impediría inscribirme en el Programa ARCH. También comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a ARCH, 201 Jones Road, 5th Floor, Waltham, MA 02451, 1-844-528-3311 en la que solicite dicha cancelación, pero que dicha cancelación no afectará la divulgación de mi PHI previa a mi cancelación. Si no cancelo esta autorización antes, seguirá siendo válida durante 10 años a partir de la fecha de mi firma, que aparece a continuación. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando esté firmada.

_____ Nombre del paciente o de su representante (en letra de imprenta)	_____ Firma del paciente o repr.
--	-------------------------------------

Relación del representante con el paciente, incluida su autoridad para actuar como representante personal

Fecha