



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO/CONSULTORIO:

- Complete this form for each prescription sent via CoAssist, as an alternative to patient consent via text or hipaaconsent.com.
- Please fax completed form to Dompé CONNECT to Care at [1-855-263-1775](tel:1-855-263-1775). DC2C can be reached at [1-877-422-4412](tel:1-877-422-4412) for any questions.

© 2024 Dompé U.S. Inc. Todos los derechos reservados.
US-OXE-2500007ES 12/25

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

* Name (Last, First, Middle Initial)/ Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		*Date of Birth/ Fecha de nacimiento:	
Address/ Dirección:	City/ Ciudad:	* State/ Estado:	ZIP/ Código postal:
* Preferred Phone/ Teléfono preferido:	Alternative Phone/ Teléfono alternativo:	Best Time to Call/ Mejor hora para llamar:	☐ Day/De día ☐ Evening/De tarde
Patient Email/Correo electrónico del paciente:		Preferred Language/Idioma preferido:	
Gender/Sexo: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer ☐ Other/Otro ☐ Prefer not to say/Prefiero no responder			
Caregiver Contact name/ Nombre del contacto:		Phone Number/ Número de teléfono:	
Okay to leave message with caregiver?/¿Está bien si le dejamos un mensaje con el cuidador? ☐ Yes/Sí ☐ No/No			

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON DOMPÉ

CONSENTIMIENTO PARA INFORMACIÓN MÉDICA

Como parte de nuestros servicios Dompé CONNECT to Care ("DC2C") (los "Servicios"), recopilamos cierta información sobre sus afecciones médicas y diagnósticos de usted y, con su autorización, de sus profesionales de la salud, para que nos ayude a brindarle Servicios de forma segura. Si decide no compartir esta información, no podremos brindarle nuestros Servicios. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de procesamiento de datos y los derechos que puede tener, consulte nuestra Política de Privacidad, disponible en <https://www.dompe.com/us/privacy-policy/>. Si usted (o su profesional de la salud, con su autorización) brinda la información y posteriormente usted cambia de opinión, puede retirar su consentimiento para el procesamiento futuro, o bien solicitar la eliminación de su información de salud en cualquier momento poniéndose en contacto con privacy@dompe.com. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que Dompé U.S. Inc., sus filiales y proveedores de servicios (en conjunto, "Dompé") recopilen y utilicen mi información médica para prestar los Servicios.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON DOMPÉ

Al firmar esta autorización del paciente ("Autorización"), yo (o el tutor legal o el cuidador de dicho paciente en su nombre), por la presente, autorizo a mis planes de salud, profesionales de la salud, centros de intercambio de información de atención médica y sus socios comerciales ("Entidades cubiertas", tal como se define el término en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos ["HIPAA"]) a usar y divulgar mi información médica, que, en algunas circunstancias, puede considerarse información médica protegida ("PHI", tal como se define el término en virtud de la HIPAA) a Dompé (según se ha definido anteriormente), incluido, entre otros, el administrador de los Servicios (según lo definido anteriormente).

La información médica que se puede transferir a Dompé incluye información relacionada con mis afecciones médicas, tratamiento, medicamentos, gestión de la atención médica y seguro de salud, así como información de contacto y otra información proporcionada en este formulario y en cualquier formulario de prescripción. Esto puede incluir información sobre infecciones de transmisión sexual, estado de VIH, dependencias de sustancias o tratamientos si se incluyen en mi expediente y son relevantes para los fines descritos en este formulario.

Mediante esta autorización, autorizo a Dompé a utilizar mi información médica para los siguientes fines:

1. Determinar mi elegibilidad para los Servicios.
2. Comunicarse con las Entidades cubiertas y conmigo en relación con mi cobertura y atención médica.
3. Facilitar, evaluar, apoyar o mejorar la prestación de productos, suministros o servicios de Dompé, incluidos los Servicios, proporcionados por Dompé o a través de un tercero, incluidos, entre otros, nuestros centros de acceso o farmacia(s) especializada(s).
4. Inscribirme en programas de apoyo a pacientes o productos ofrecidos por Dompé u otras entidades para las que pueda ser elegible en función

de mi información médica, incluidos, entre otros, cualquier programa de apoyo a pacientes de OXERVATE® y/o ciertos servicios de apoyo de enfermería, si están disponibles. 5. Utilizar y compartir mi información para enviarme, o hacer que terceros me envíen, comunicaciones y/o información sobre mi experiencia con el acceso y el uso de OXERVATE y/o de otros productos o servicios de Dompé. Dichas comunicaciones pueden incluir encuestas y otras invitaciones de investigación clínica o de mercado, así como comunicaciones de marketing. 6. Según lo exija o lo permita de otro modo la ley.

Comprendo y acepto que:

1. Los contratistas o proveedores de Dompé que reciban mi información médica de Dompé para los fines enumerados anteriormente también pueden recibir remuneración directa o indirecta de Dompé a cambio de sus comunicaciones conmigo sobre programas de apoyo a pacientes o productos de Dompé, o servicios de apoyo subvencionados por Dompé.
2. Cualquier información médica divulgada por las Entidades cubiertas a Dompé de conformidad con esta autorización dejará de estar protegida por las obligaciones de las Entidades Cubiertas en virtud de la HIPAA, pero Dompé la mantendrá confidencial de conformidad con su Política de Privacidad (disponible en: [dompe.com/us/privacy-policy/](https://www.dompe.com/us/privacy-policy/)), y con las leyes de privacidad aplicables a Dompé.
3. En caso de una transacción comercial, como la venta o reorganización total o parcial del negocio de Dompé, mi información médica puede transferirse a un comprador o a una empresa sucesora para permitir que los usos anteriores continúen después de la transacción comercial.

También entiendo y reconozco lo siguiente:

1. Puedo negarme a firmar esta Autorización, y el acceso a los productos de Dompé y/o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a mi acuerdo de conceder y firmar esta Autorización.
2. Después de firmar, puedo solicitar una copia de la Autorización firmada. Si completo esta Autorización electrónicamente, puedo descargar una copia, o bien solicitar que me la envíen por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviando una carta a 1680 Century Center Pkwy, Suite 4, Memphis TN 38134, o por correo electrónico a: DompeConnect2Care@AssistRx.com. El procesamiento de mi solicitud de revocar esta autorización puede tardar hasta 30 días a partir de la fecha de recepción en la dirección física o de correo electrónico indicada anteriormente, lo que se reciba primero.
4. La solicitud de revocación de esta Autorización se aplicará salvo en la medida en que una Entidad Cubierta ya haya actuado y se haya basado en ella, por lo que dicha revocación no protegerá ninguna información médica utilizada o divulgada a Dompé por las Entidades cubiertas antes de la fecha de recepción y procesamiento de mi solicitud de revocación de la Autorización.
5. A menos que se revoque antes, esta Autorización será válida durante diez (10) años a partir de la fecha de mi firma a continuación, o según lo permita o lo limite la ley.
6. Una fotocopia o copia digital de esta Autorización tendrá la misma validez y efecto que el original.

Autorización de la Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos (TCPA) de Dompé

☐ Autorizo a Dompé, sus filiales y proveedores de servicios, incluidos, entre otros, la(s) farmacia(s) especializada(s) de Dompé; su(s) centro(s) de acceso, a enviarme mensajes de texto automáticos recurrentes y/o llamarme utilizando mensajes de voz en vivo, artificiales o grabados previamente, que pueden enviarse mediante un sistema de marcación telefónica automático u otra tecnología similar que ya exista o que se haya desarrollado posteriormente ("Mensajes") para proporcionar actualizaciones, alertas, materiales educativos, comunicaciones de marketing, y/o información (p. ej., comunicaciones o materiales relacionados con Dompé y/o productos o servicios de Dompé, etc.), o para obtener mis comentarios (con fines de investigación de mercado) sobre OXERVATE o los programas de OXERVATE, y según lo exija la ley. Doy mi consentimiento para la recepción de Mensajes al/a los número(s) de teléfono que he proporcionado en este formulario, incluso si el/los número(s) de teléfono están registrados en cualquier lista estatal o federal de No llamar. Pueden aplicarse tarifas estándar por datos y mensajes. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que este consentimiento de la TCPA es válido hasta que se revoque y que no es obligatorio para poder recibir los bienes o servicios. Para cancelar mi suscripción al programa de mensajes, puedo responder "STOP" a cualquier mensaje de texto o enviar un correo electrónico a DompeConnect2Care@AssistRx.com. Tras dicha solicitud de cancelación de suscripción, doy mi consentimiento para recibir un Mensaje adicional que confirme que la solicitud ha sido procesada.

Para obtener más información, responda "HELP" a cualquier Mensaje o póngase en contacto con Dompé a: DompeConnect2Care@AssistRx.com.

*Firma del paciente/tutor:		*Fecha:	
*Nombre del paciente/tutor en letra de imprenta:			