

La información solicitada a continuación es necesaria para que usted reciba los Servicios (definidos a continuación). Estos Servicios se proporcionan gratuitamente como recurso de apoyo. Por favor, lea atentamente y complete este formulario. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completarlo, comuníquese al número de teléfono indicado anteriormente.

INSCRÍBASE PARA RECIBIR SERVICIOS (REQUERIDO. MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN)

- Acepto** inscribirme en los Servicios, según se define en la Autorización de Información de Salud a continuación. Acepto que Puma Biotechnology, sus representantes y proveedores de servicios puedan recopilar, usar y divulgar mis datos de salud y mi información personal según sea necesario para facilitar mi participación en los Servicios, lo que incluye recibir materiales educativos y promocionales sobre los Servicios, las tabletas de NERLYNX® (neratinib) y otros productos y servicios de Puma Biotechnology. Mis datos de salud e información personal pueden recopilarse, usarse y divulgarse según lo descrito en la Autorización de Información de Salud a continuación y en la política de privacidad de Puma, disponible aquí: <https://www.pumabiotechnology.com/privacy-policy.html>. También acepto que Puma pueda contactarme a través de la información de contacto que he proporcionado en este formulario, incluyendo llamadas, mensajes de texto o correo electrónico, para fines relacionados con la participación en los Servicios.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Nombre y Apellido) _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Ciudad _____ Número de teléfono celular _____

Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono alternativo _____

Género Masculino Femenino ¿Puede enviar mensajes de texto? Yes No Work Home

Preferred language _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES (OBLIGATORIO. MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN)

- Acepto** recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto de Puma Biotechnology, sus representantes y proveedores de servicios al número de teléfono indicado anteriormente para facilitar mi participación en los Servicios y enviarme materiales educativos y promocionales sobre las tabletas NERLYNX® (neratinib) y otros productos y servicios de Puma Biotechnology. Entiendo que las llamadas y los mensajes de texto pueden enviarse mediante marcador automático, SMS y mensajes pregrabados, de voz artificial o generados por IA, y que no se requiere mi consentimiento para recibir mensajes promocionales a través de estas tecnologías para recibir productos o servicios. Puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento enviando la palabra STOP a cualquier mensaje de texto o contactando a Puma Biotechnology a info@pumabiotechnology.com. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (REQUERIDA)

Por la presente, autorizo a mis proveedores de atención médica, a mi compañía de seguros médicos, a mi farmacia y a sus respectivos representantes y proveedores de servicios (en conjunto, "Mis Proveedores") a divulgar mi información médica protegida (PHI), incluyendo mi nombre, dirección, números de teléfono, historial médico (incluyendo mis afecciones médicas, tratamientos y medicamentos), cobertura de seguro médico e información financiera, entre sí y a Puma Biotechnology y a sus representantes y proveedores de servicios (en conjunto, "Puma") para facilitar mi participación en los Servicios Puma Patient Lynx ("Servicios"), que incluyen:

- Contactar a mi compañía de seguros en mi nombre para verificar mi cobertura o ayudarme con otros asuntos relacionados, incluyendo la autorización previa o el apoyo en apelaciones para las tabletas de NERLYNX® (neratinib).
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el Programa de Asistencia para Copagos/Coaseguros Comerciales.
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el Programa QuickStart o Bridge para conectarme con opciones de cobertura adicionales, según sea necesario.
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) Puma Patient Lynx, lo que incluye verificar mi información financiera y acceder a mi información crediticia obtenida de fuentes públicas y de otro tipo, incluyendo información de una agencia de informes crediticios.
- Identificar recursos externos para asistencia financiera o fuentes alternativas de financiación o cobertura que puedan estar disponibles para brindar asistencia con los gastos de bolsillo.
- Apoyar o coordinar mi tratamiento con mis proveedores.
- Enviarme información educativa y sobre productos del programa Puma Patient Lynx, u otra información que pueda ser de mi interés.

Entiendo que Puma puede ofrecer programas de apoyo continuos o adicionales a pacientes a través de Puma Patient Lynx y que podría contactarme en el futuro con respecto al programa, sus servicios y ofertas actuales o potenciales.

Entiendo que la información proporcionada por mí, mi representante legal autorizado y mis proveedores puede utilizarse para enviarme materiales de marketing. Además, entiendo que mi(s) farmacia(s) puede(n) recibir una remuneración (pago) de Puma a cambio de brindarme ciertos Servicios en función de mi inscripción y de enviarme información relacionada con los Servicios o productos.

Una vez que mi información haya sido divulgada a Puma, entiendo que ciertas leyes estatales o federales de privacidad podrían dejar de proteger la información y que esta podría estar sujeta a una nueva divulgación. Sin embargo, entiendo que Puma se compromete a proteger mi información utilizándola y divulgándola únicamente para los fines autorizados en esta autorización o según lo exija la ley. Entiendo que negarme a firmar esta autorización no afectará el tratamiento que recibo de mi(s) proveedor(es) de atención médica, ni afectará mi pago por el tratamiento, ni mi inscripción ni mi elegibilidad para los beneficios del seguro a los que tengo derecho. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Sin embargo, si me niego a firmarla o la revoco, Puma no podrá prestar los Servicios, ya que la información utilizada y divulgada en ella es necesaria para recibirlos.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización y revocarla en cualquier momento enviando una carta a Puma Patient Lynx a: Puma Patient Lynx, PO Box 5490, Louisville, KY 40255.

Esta autorización vence a los cinco (5) años a partir del día en que la firme, según lo indicado por la fecha junto a mi firma, a menos que se revoque de otro modo según lo establecido anteriormente o que la ley estatal exija un período más corto. Entiendo que la revocación de esta autorización no se aplicará a ninguna información ya utilizada o divulgada en virtud de mi autorización. La cancelación de esta autorización será válida cuando Puma la reciba. Certifico que he leído y comprendido esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario y puedo hacerlo llamando a Puma Patient Lynx al 855-816-5421 o enviando una solicitud por correo a la dirección indicada anteriormente.

He leído y acepto la Autorización de información de salud como se describe en este formulario.

Nombre del paciente o
representante legal del paciente

Firma del paciente o representante
legal del paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Si firma el representante legal del paciente, indique su relación con el paciente y también debe indicar a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente.

- Relación con el paciente _____
- Poder notarial, incluyendo la facultad para tomar decisiones sobre atención médica
- Orden judicial
- Padre o tutor
- Otro (por favor, describa) _____

