

SERVICIOS PARA PACIENTES/OTRAS COMUNICACIONES**Autorización del paciente****Programa opcional**

Autorizo a Neurocrine y a las compañías que trabajan con Neurocrine, a proporcionarme los servicios de asistencia relacionados con los productos de Neurocrine, materiales de comercialización, información acerca de los productos, servicios y programas de Neurocrine u otros temas de interés, investigación de mercado o, de otro modo, preguntarme acerca de mi experiencia o mis creencias respecto a dichos temas. Los servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes: asistencia en línea, servicios de asistencia financiera, asistencia sobre reembolso, cumplimiento y permanencia del medicamento, y otros servicios relacionados con el tratamiento, así como cualquier otra información o material relacionado con tales servicios (denominados, en conjunto, "Servicios de asistencia"). Acepto y reconozco que cualquier enfermero u otra persona que proporciona los Servicios de asistencia no es empleado de mi profesional de atención médica. Autorizo a Neurocrine, y a las compañías que trabajan con Neurocrine, a ponerse en contacto conmigo para proporcionarme los Servicios de asistencia y la información por correo, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto y otros medios. Entiendo que puedo no aceptar recibir los Servicios de asistencia y que, aun así, puedo recibir INGREZZA según las indicaciones de mi médico. Entiendo que no tengo ninguna obligación de comprar INGREZZA, independientemente de si comencé a recibir INGREZZA en un programa de ensayo gratuito ofrecido por Neurocrine. Entiendo que no puedo solicitar el reembolso de ningún seguro médico o tercero, incluidos los programas de financiación estatal y federal, por el producto del ensayo gratuito y que tampoco puede descontarse de los gastos de mi bolsillo. Certifico que tengo al menos dieciocho (18) años de edad. Entiendo que puedo decidir dejar de recibir los Servicios de asistencia notificando al representante del Programa de apoyo INBRACE por teléfono (844-647-3992) o enviando una carta por correo a Neurocrine, dirigida a: INBRACE Support Program, 12780 El Camino Real, San Diego, CA 92130.

Autorización para usar y divulgar información médica protegida

También autorizo a Neurocrine, las compañías que trabajan con Neurocrine, mi proveedor de atención médica y farmacia a usar y divulgar a Neurocrine, y a las compañías que trabajan con Neurocrine, mi información médica protegida (Protected Health Information, "PHI"), como la información proporcionada en el Formulario de tratamiento de INGREZZA, mi receta, seguro, información de la terapia médica y otra PHI relacionada con los Servicios de asistencia descritos anteriormente. Autorizo la divulgación de mi PHI a individuos específicos que se identifican en el Formulario de tratamiento de INGREZZA. Entiendo que las compañías que trabajan con Neurocrine, incluida mi farmacia, pueden recibir pagos por el uso y la divulgación de mi PHI. Entiendo que no tengo que aceptar el uso y la divulgación de mi PHI para recibir INGREZZA, pero sin esta autorización, es posible que no pueda recibir los Servicios de asistencia. A pesar de que mi PHI estará protegida y será usada y divulgada solo para los propósitos previstos, entiendo que una vez divulgada, es posible que se vuelva a divulgar por el (los) destinatario(s). Luego de dicha divulgación, la información puede que no esté más protegida por los términos de esta autorización para que no se vuelva a divulgar. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia por un período de diez años a menos que la ley requiera un período más corto. Entiendo que puedo revocar esta autorización para usar o divulgar mi PHI poniéndome en contacto con el representante del Programa de apoyo INBRACE por teléfono (844-647-3992) o enviando una carta por correo a Neurocrine, dirigida a: INBRACE Support Program, 12780 El Camino Real, San Diego, CA 92130.