

Acadia Connect® es un programa de apoyo al paciente que le conecta a usted y a su familia con recursos y apoyo educativo a lo largo del proceso de tratamiento con DAYBUE™ (trofinetida). El equipo le ayudará con:

- Entender y verificar la cobertura del seguro.
- Información sobre las opciones adecuadas de asistencia financiera.
- Apoyo y educación durante el proceso de tratamiento con DAYBUE.

Se requiere consentimiento para inscribir a un paciente en Acadia Connect.

El padre/la madre/el tutor legal autorizado debe completar, firmar y enviar el formulario completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Relación con el paciente: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro _____
 N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono móvil: _____
 N.º de teléfono del trabajo: _____ N.º de teléfono preferido: Particular Trabajo Móvil
 Mejor hora para llamar: Por la mañana Por la tarde Por la noche ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No
 Dirección de correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

3 PROVEEDORES MÉDICOS ADICIONALES (Complete la tabla con información a su leal saber y entender).

ROLES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	OFICINA DEL PROVEEDOR	NOMBRE	TELÉFONO/ FAX DE OFICINA
Pediatra			
Medicina familiar/interna			
Neurólogo			
Gastroenterólogo			
Servicios terapéuticos (p. ej., físicos o del habla)			
Personal de enfermería de la escuela/centro de día			
Otros proveedores de atención médica			

4 AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE/DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL (lea y firme a continuación si está de acuerdo).

Por la presente autorizo y pido a mis proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos que emiten recetas, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y compañías de seguros médicos, y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados, personal y agentes (colectivamente "Proveedores") a usar mi Información médica protegida ("PHI") y/o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y a sus representantes y agentes (colectivamente "Acadia") para ayudarme a obtener DAYBUE y los servicios de apoyo de Acadia Connect. Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en este formulario y en cualquier receta. Acepto inscribirme en el Programa de tarjetas de copago de Acadia si soy elegible, y si se confirma que soy elegible, entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia especializada, junto con mi receta. Entiendo que cualquier ayuda con mi copago o la distribución de costos por DAYBUE se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del programa. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con este formulario.

Además, autorizo a Acadia a utilizar mi PHI y divulgarla a terceros, incluyendo, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros, y programas de asistencia al paciente únicamente en relación con mi obtención de los servicios de asistencia de productos DAYBUE y/o Acadia Connect, incluyendo la investigación de los beneficios del seguro, elegibilidad, y cobertura; proporcionar asistencia financiera para pagos de copago o de bolsillo; elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; coordinación de la atención; coordinar la administración de medicamentos.

Autorizo a Acadia y a los Proveedores a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario, para todos los fines mencionados anteriormente. Confirmando que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono móvil proporcionado(s) y acepto notificar a Acadia Connect inmediatamente si mis números cambian en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro respondiendo STOP (DETENER) a cualquier mensaje de texto. También entiendo que en el futuro se me proporcionarán términos y condiciones adicionales de los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de inclusión.

También autorizo a Acadia a divulgar a mis proveedores de DAYBUE cualquier PHI sobre mí que Acadia pueda crear o recibir. Entiendo que una vez que mi PHI sea divulgada a Acadia o por Acadia en virtud de este formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi rechazo no afectará al tratamiento que reciba de mis proveedores, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También entiendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento al enviar por correo una carta para solicitar dicha cancelación a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ya usada o divulgada conforme a este formulario antes de que mis proveedores reciban la notificación de la cancelación. Entiendo que esta autorización es válida durante un periodo de 10 años o durante un periodo más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que recibiré una copia firmada de esta autorización por parte del proveedor que me la recopile.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia en <https://www.acadia-pharm.com/privacy>. Si usted es residente de California, puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Acadia y sus derechos según la Ley de Privacidad del Consumidor de California en esta dirección. Dirección para optar por no recibir comunicaciones o para cancelar este formulario: Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Además, autorizo a Acadia Pharmaceuticals Inc. a analizar la coordinación de la atención del paciente con los siguientes miembros de la familia y/o cuidador(es): Estas personas tienen mi pleno permiso, en nombre del paciente, para obtener y divulgar información personal y médica sobre el paciente, Acadia y sus agentes y contratistas.

Nombre del/de los representante(s) autorizado(s) (en letra de imprenta):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Paciente/padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firme aquí ▶ Paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario de consentimiento completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com